FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965.

THÈSE

N° 645

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean FONTANELLE

né le 19 août 1933 à Saint-Ouen (Seine).

Interne des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le : 1965

TECHNIQUE DE CURE DE LA CYSTOCELE PAR VOIE ABDOMINALE PURE AU COURS DU TRAITEMENT DES PROLAPSUS GENITAUX.

(Etude de 70 observations)

- Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca -

Président : M. Jacques HUGUIER, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1965. THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean FONTANELLE

né le 19 août 1933 à Saint-Ouen (Seine).

Interne des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

TECHNIQUE DE CURE DE LA CYSTOCELE PAR VOIE ABDOMINALE PURE AU COURS DU TRAITEMENT DES PROLAPSUS GENITAUX.

(Etude de 70 observations)

- Travail de la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca -

Président : M. Jacques HUGUIER, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . Gaston CORDIER.
1er ASSESSEUR . . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) LAMBLING (A.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale

BARCAT (J.)
BINET (J.-P.)
BLONDEAU (Ph.)
CERBONNET (G.)
CHATELIN (C.-L.)
DAUTRY (P.)
DEMIRLEAU
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GALEY (J.-J.)
GARBAY (M.)
GARNIER (H.)
GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de)
GERMAIN (A.)
LATASTE (J.)
LOYGUE (J.)
MAILLARD (J.-N.)
MERCADIER (M.)
NATALI (J.)
PELLERIN (D.)
PERROTIN (J.)
PREMONT (M.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)
VAYSSE (J.)

Pathologie exotique

SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale

BERTHAUX (P.)
COTTENOT (Fr.)
LŒPER (J.) Pr. s. ch.
MAURICE (J.)
MIKOL (Cl.)
PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale

ACAR (J.)
AUQUIER (L.)
AUSSANNAIRE (M.)
BEAUMONT (J.-L.)
BERNIER (J.-J.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CANIVET (J.)
CARLOTTI (J.)
CATINAT (J.)
CHRÉTIEN (J.)
CLOAREC (M.)
COBLENTZ (B.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
DEBRAY (J.)
ÉTIENNE (J.-P.)
FREZAL (J.)
FRITEL (D.)
FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
GRIVAUX (M.)
HAZARD (J.)
HENNEQUET (A.)
HIMBERT (J.)
HOUSSET (E.)
LAGRUE (G.)
LESOBRE (R.)
LEVEQUE (B.)
MACREZ (C.)
MOREAU (L.)
NENNA (A.)
NICK (J.)
POULET (J.)
ROYER (P.)
TCHERDAKOFF (Ph.)
THIBAULT (Ph.)
TOURNEUR (R.)
VILLIAUMEY (J.)
WOLFROMM (R.)

MM.

Pédiatrie-Puériculture

ALAGILLE (D.)
ALISON (J.)
CANLORBE (P.)
GORIN (R.)
LAFOURCADE (J.)
LEPERCQ (G.)
LESTRADET (H.)
MALLET (R.)
MANDE (R.)
MINKOWSKY (A.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
REY (J.)
RIBIERRE (M.)
ROSSIER (A.)
VIALATTE (J.)

Pharmacologie

BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie

BARRES (G.)
DURAND (J.)
GIRARD (Fr.) m. conf.
HUGELIN (A.)
LAURENT (D.)
SCHERRER (J.) pr. s. ch.
VASSEUR (B.)

Physique médicale

CHANTEUR (J.)
COURSAGET (J.)
GREMY (F.) m. conf.
MILHAUD (G.)
PAGÈS (J.-Cl.)
PELLERIN (P.)
ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch.
TUBIANA (M.) m. conf.

Pneumo phtisiologie

DECROIX (G.)
ISRAEL (L.)
MEYER (A.)
RENAULT (P.)
SORS (Ch.)

Psychiatrie infantile

DENIKER (P.)
DUCHE (D.)
FLAVIGNY (H.)

Radiologie médicale

DUBOST (J.)
LEFEBVRE (J.)
MICHEL (J.-R.)

Rhumatologie

MASSIAS (P.)

Stomatologie

CAUHEPE (J.)
CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
CREPY (Cl.)
FLEURY (R.)
GRELLET (M.)

Thérapeutique

CHASSAGNE (P.)
FOUET (P.)
LABET (R.)
MARCHE (J.)

Urologie

AUVERT (J.)
MOULONGUET (A.)
QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534917_0031

A mon Père

à qui je dois tout.

A ma Mère

dont le dévouement fut sans limite

A Jacqueline

qui sait me comprendre et m'aider

A Laurent et Jean François, mes fils

A ma Marraine

qui est à l'origine de mes études médicales

A ma Grand Mère

A mes Beaux Parents

A Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

A Monsieur le Docteur Henri REBOUL

dont j'ai souvent mis à contribution
l'amitié paternelle

A tous mes Parents et Amis

A Monsieur le Professeur Jacques HUGUIER

Professeur de Clinique gynécologique

qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Ses travaux en ont fourni la matière.

En témoignage de respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé Georges CERBONNET

Depuis notre première rencontre chez Monsieur MONDOR, il a toujours été pour moi un guide bienveillant et efficace.

Il a bien voulu m'aider dans la réalisation de ce travail.

Avec ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean Marie VERNE

qui m'a accueilli jeune interne et aidé lors de mes premiers contacts avec la chirurgie.

A Monsieur le Professeur Agrégé Fernand FLABEAU

qui m'a instruit en chirurgie viscérale avec grande courtoisie.

A Monsieur le Docteur André DUFOUR

Un semestre dans son service a fortement incliné mon orientation chirurgicale

A Monsieur le Professeur Charles DUBOST

dont l'élégante technique m'a fortement impressionée.

A Monsieur le Professeur Jean PATEL

qui m'a toujours témoigné une grande bienveillance.

A Monsieur le Doyen CORDIER

qui me fait l'honneur de m'accepter comme élève à la fin de mon internat.

A tous ces Maîtres en modeste remerciement,

pour ce qu'ils m'ont appris.

A la Mémoire de Monsieur le Professeur MONDOR, qui fut mon premier Maître,

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux

- Externat :

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Monsieur le Professeur BROUET

Monsieur le Professeur BOULIN, in mémoriam

Monsieur le Docteur GRENET,

Monsieur le Professeur MERKLEN

- Externat en Premier :

Monsieur le Docteur MOUSSOIR

- Internat :

Monsieur le Docteur SEILLE, Chirurgien des Hôpitaux,

Messieurs les Professeurs Agrégés : Cl. D'ALLAINES
Ph. BLONDEAU
J. LATASTE
J.M. CORMIER
H.G. ROBERT
H. GARNIER
C. CHABROL

Messieurs les Docteurs : DELAGARDE,
ANDRE
THELLIER

A Monsieur le Docteur Pierre SCALI

qui a bien voulu me faire profiter
de son expérience dans la réalisation
de ce travail.

INTRODUCTION

Le prolapsus génital n'est pas une unité anatomo-pathologique à stades évolutifs multiples dans le traitement desquels une seule et uniforme technique peut toujours être appliquée. Au contraire les diverses formes cliniques, la multiplicité des techniques proposées prouvent que le problème thérapeutique est loin d'être résolu définitivement de manière satisfaisante.

Le but de ce travail n'est donc pas hélas de décrire le "traitement du prolapsus", pas plus celui de fournir un geste thérapeutique applicable à tous les prolapsus, mais plus modestement d'apporter quelques précisions de technique relatives à l'un des aspects les plus discutés de ce traitement le "temps antérieur" dans les cas qui nécessitent un tel temps.

La particularité des techniques présentées ici est leur exécution uniquement par voie abdominale évitant tout temps septique vaginal en communication avec le péritoine. La réalisation depuis quelques années dans le service de notre Maître le Professeur HUGUIER permet d'envisager quelques résultats à terme.

CHAPITRE I

JUSTIFICATION DES TECHNIQUES PROPOSEES

Le pourcentage relativement important d'échecs rapportés dans diverses statistiques montre qu'aucune technique de traitement du prolapsus n'est absolument parfaite. Si une méthode donnée, appliquée dans des indications précises par un chirurgien possédant bien la technique donne des résultats dans l'ensemble satisfaisants, il persiste néanmoins une marge d'insuccès dont l'analyse détaillée prouve que le temps antérieur laisse le plus à désirer puisque la majorité des récidives se fait sous la forme d'une cystocèle.

Ces échecs sont particulièrement regrettables du fait même du terrain ; femmes souvent âgées, parfois obèses et chez lesquelles une réintervention pose toujours des problèmes d'ordre général plus ou moins préoccupants.

C'est donc vers l'amélioration du temps de soutènement vésical que doivent porter les efforts pour diminuer les risques de récidive.

En effet, à la suite d'une étude clinique précise à laquelle il paraît fréquemment souhaitable d'ajouter une étude radiologique de la dynamique pelvienne par Colpo-cystogramme, le thérapeute se trouve devant des associations lésionnelles diverses qui posent habituellement trois et au maximum cinq problèmes tactiques à résoudre :

- un soutènement vésico-uréthral (temps antérieur),

- une réparation du plancher périnéal (temps postérieur),
- une fixation de l'axe génital, que l'on peut réaliser par voie basse, mais dont l'exécution par voie abdominale, associée aux deux temps précédents, faisait l'originalité de la classique triple opération à la française.

Il convient d'y ajouter le cas échéant :

- une cure d'incontinence urinaire,
- une cure d'élytrocèle.

Encore ces différents problèmes peuvent-ils être envisagés différemment, selon qu'il existe ou non un utérus, selon que la perméabilité vaginale doit être maintenue ou peut être, après accord de la malade, supprimée.

Cette deuxième éventualité heureusement rare, est cependant la plus favorable pour le chirurgien qui pourra réaliser une fermeture complète du périnée sans être préoccupé par cette déhiscence antérieure qui représente le maintien du vagin.

Le plus souvent, le perméabilité doit être maintenue et dès lors tout ou partie des cinq temps est à envisager.

A - <u>Modalités du temps antérieur de soutènement vésical</u> :

C'est celui pour lequel le plus grand nombre de techniques ont été proposées, le plus grand nombre d'échecs enregistrés.

- <u>PAR VOIE BASSE</u>.

De la simple colporraphie après colpectomie antérieure losangique, aux interpositions après grand décollement vésico-vaginal de plaque de nylon, de grille de Tantale, de peau ou de tout autre matériel, en passant par la suture des facia intervésico-génitaux, de multiples tentatives ont été faites.

Elles ont deux inconvénients certains :

- Celui de faire confiance à des tissus, peu solides pour l'amarrage d'une prothèse et ayant déjà fait la preuve de leur faiblesse, difficilement identifiables et également très distendus dans les cas où ils doivent seuls assurer le soutènement vésical ;
- Par ailleurs le plancher vésical ainsi créé est toujours plus bas situé que normalement puisque l'ensemble des manoeuvres est réalisé pratiquement à la vulve.

Deux interventions échappent en partie à ces critiques :

- La myorraphie antérieure des releveurs ; mais la réalisation en est difficile, elle ne supprime pas le passage vaginal, elle est toujours plus ou moins réalisée aux dépens du périnée postérieur, enfin, elle est parfois inefficace car les muscles rapprochés à ce niveau de manière antiphysiologique tendent à se déchirer.
- L'interposition vésico-vaginale de l'utérus selon Wertheim-Schauta, qui garde des indications, au besoin complétée par une prothèse entre le fond utérin et le pubis mais qui nécessite des impératifs anatomiques dont la fixité isthmique de l'utérus est un des plus importants.

- <u>PAR VOIE HAUTE</u>.

Les suspensions antérieures, soit cervicale, soit cervico-vaginale, soit cervico-vaginale et utérine, tant qu'elles s'adressent à la cure d'une incontinence d'urine ont des indications précises. Dès qu'elles dépassent ce but et visent à maintenir toute la paroi vaginale antérieure et la vessie elles conduisent rapidement aux inconvénients des fixations antérieures des organes génitaux sur lesquels nous nous expliquerons.

- <u>PAR VOIE MIXTE</u>.

Les meilleurs conditions sont réalisées :

- soit pour mise en place sous la vessie d'une large bande prothétique amarrée solidement en avant au pubis ou à la gaine des droits,
- soit pour interposition vésico-vaginale d'une grande prothèse en hamac soutenant le plancher vésical et amarrée très solidement au promontoire et au pubis.

Malheureusement, ces voies mixtes introduisent un temps vaginal septique qu'il est préférable d'éviter.

Pour ces diverses raisons, étant entendu que la fixation postérieure de l'utérus est un temps capital dans la cure de certains prolapsus, un temps abdominal est nécessaire. Cette promonto-fixation va mettre en tension relative la paroi vaginale antérieure, mais on ne peut faire confiance pour maintenir la vessie au seul vagin prêt à se laisser à nouveau distendre. Il paraît donc logique de profiter du temps abdominal pour renforcer le plancher sous-vésical et de tout faire par voie haute, pour n'introduire aucun risque infectieux.

Cette façon de voir, logique du point de vue de la statique pelvienne et vis-à-vis de l'infection, prive néanmoins des possibilités de colporraphie antérieure et laisse parfois une certaine exubérance de la paroi vaginale antérieure désolidarisée de la vessie.

B - <u>Parmi les autres temps indispensables à une cure complète de prolapsus</u> :

I - Deux ont une incidence directe sur le traitement de la cystocèle :

a/ - <u>La réparation du plancher périnéal</u>.

C'est un temps capital à peu près toujours nécessaire. Les autres gestes n'en sont qu'un complément, indispensable certes, mais ne pouvant être efficace qu'en présence d'un périnée postérieur solide.

Si certains auteurs pensent pouvoir négliger ce temps, il reste, pour nous comme pour beaucoup, essentiel et toutes les techniques que nous allons étudier sont toujours associées à un plancher périnéal satisfaisant.

Toutes les modalités de périnéorraphie sont uniformes du moins théoriquement dans les buts recherchés, car l'analyse détaillée montre que l'on ne s'entend pas toujours sur l'anatomie chirurgicale des dissections.

La myorraphie des releveurs qui est le premier temps nécessite un clivage recto-vaginal poussé jusqu'au Douglas. Un bon repérage des deux muscles dont les faces interne et externe, le bord inférieur doivent être parfaitement isolés, quelle que soit la valeur de ces muscles, exceptionnellement inutilisables si la découverte en a été correcte.

Cette myorraphie est doublée superficiellement d'une réfection des muscles du périnée superficiel et d'une colpectomie postérieure plus ou moins importante, pour colporraphie, dont le but est essentiellement esthétique et antidyspareunique supprimant le "jabot" qui résulte des temps précédents.

En cas de grande défaillance de ces muscles, on peut au besoin réaliser un laçage à la peau qui assure toujours un plan postérieur résistant.

L'inconvénient de cet acte est qu'il doit être limité vers l'avant où seul ce que l'on aura fait dans le "temps antérieur" assurera le maintien de la ptose uréthro-vésicale. De même, il est incapable de s'opposer valablement au glissement utérin dans l'axe du vagin.

b/ - <u>La fixation haute de l'axe génital</u> :

La voie abdominale nous paraît préférable pour des raisons mécaniques et physiologiques. Son intérêt est connu de longue date et elle a constitué l'originalité de la triple opération à la française.

Cependant, comme de nombreuses publications l'ont montré, la fixation antérieure:

- favorise l'allongement du col ou du segment utérin fixé,
- modifie la direction du vagin,
- détruit les axes normaux du tube génital,
- fait bailler le Douglas créant l'amorce d'une élytrocèle qu'un cloisonnement prévient mal,
- par ailleurs, lorsqu'elle est réalisée à l'aide des ligaments ronds, elle fait confiance à des formations facilement étirées et dont le relâchement sera en général rapide.

La fixation postérieure préconisée par les auteurs allemands à la fin du XIXème siècle, remise à l'honneur en France à la suite des nombreux travaux d'AMELINE et HUGUIER, paraît actuellement pour beaucoup de chirurgiens la plus souhaitable, bien que non absolument idéale.

C'est une fixation physiologique.

- Antéversion utérine recréée,
- Axe vaginal normal,
- Fermeture du Douglas,
- Une fixation solide du fait même de la qualité des points d'application, aponévrose prévertébrale et myométre,
- Une intervention réalisable même après hystérectomie subtotale ou totale,
- Enfin une intervention exempte de dangers majeurs à condition d'être exécutée avec une technique rigoureuse et des soins d'aseptie draconiens.

C'est le mépris de cette aseptie qui entre certaines mains a conduit à des catastrophes orthopédiques, à type de spondylodiscites suppurées, rapportées à l'Académie de Chirurgie.

C'est son respect qui a poussé à la recherche d'un temps antérieur aseptique dans les techniques que nous allons proposer.

Cette fixation postérieure est donc actuellement la plus utilisée; d'autant, qu'elle a pu permettre l'évolution normale de grossesses ultérieures ; que la persistance d'une certaine distance entre le promontoire et le tube génital n'est pas une contre-indication.

II - L'un est fréquemment nécessaire : la cure d'une incontinence orthcstatique d'urine.

Souvent associée à la cystocèle ; parfois, et il faut s'en méfier, provoquée par le traitement du prolapsus antérieur. Sa thérapeutique chirurgicale a fait l'objet de multiples travaux et est à l'origine de techniques aussi nombreuses que variées.

Elle était souvent présente dans nos observations comme classiquement dans les prolapsus antérieurs. Nous verrons que la cure en a été réalisée dans certains cas par le même temps que le soutènement vésical, mais le but essentiel de ce travail n'est pas le traitement de l'incontinence urinaire mais le soutènement vésical en avant d'un noyau fibreux central du périnée parfaitement reconstitué.

III - Quant à <u>la cure de l'élytrocèle</u>, c'est un problème contingent.

Sa nécessité ne fait de doute pour personne, la difficulté est plutôt diagnostique, un examen clinique attentif renforcé du Colpo cystogramme permet en général de ne pas en avoir la surprise opératoire.

Quelle que soit la technique, Douglassectomie ou cloisonnement, elle ne change en rien le temps antérieur.

En conséquence, les techniques de soutènement vésical que nous proposons ne peuvent se concevoir qu'associées :

- parfois à une suspension du col vésical,
- le plus souvent à un amarrage postérieur de l'axe génital,
- Presque toujours à une périnéorraphie postérieure.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DES TECHNIQUES

Trois types d'interventions peuvent être réalisés par voie abdominale :

- la CYSTO-COLPO-HYSTEROPEXIE simple,
- la CYSTO-COLPO-HYSTEROPEXIE par prothèse,
- l'INTERPOSITION VESICO-VAGINALE d'une prothèse de soutènement vésical.

Ces méthodes ne visent pas à être l'unique traitement de la ptose viscérale antérieure, leur but est de maintenir le prolapsus en avant de la limite du périnée postérieur, dans les cas où la perméabilité vaginale doit être maintenue. Pour cela, à la moindre défaillance des releveurs, ce qui est la règle, il faudra toujours leur associer une réparation du périnée postérieur comprenant :

1/ - une myorraphie des releveurs, bien repérés,
2/ - une suture des muscles du périnée superficiel.

- GENERALITES

- Les malades sont opérées en position de double équipe ce qui permet :

1/ - de réaliser le temps postérieur en fin d'intervention sans changement de position que les anesthésistes redoutent parfois chez les malades âgées plus ou moins fragiles,

2/ - d'avoir toujours la possibilité d'un contrôle facile si les manoeuvres réalisées par l'abdomen le réclament,

3/ - de pouvoir effectuer une intervention plus classique sur la colpocèle antérieure si des difficultés opératoires font renoncer à la technique prévue.

- Une sonde vésicale de Petzer ou de Fowley mise en place de début d'intervention permet à tout instant :

- de repérer l'urethre,
- de préciser la situation du col vésical exactement,
- de "gonfler" la vessie pour aider une dissection précise,
- de faire un contrôle d'étanchéité vésicale si besoin.

- Il est bon de prévoir dans les 48 heures qui précèdent l'intervention : une aseptie de la peau abdominale, des irrigations vaginales aux antiseptiques, une vidange colique par lavements.

- Les 2 champs opératoires, abdominal et périnéal, sont préparés en début d'intervention ; le vagin soigneusement désinfecté.

- Un champ sus-pubien isolera le temps abdominal, mais ne devra pas gêner l'abord du périnée.

A - CYSTO-COLPO-HYSTEROPEXIE SIMPLE.

- C'est la technique la plus aisée.

- Médiane sous-ombilicale modérée, il n'est pas nécessaire de créer des dégâts pariétaux étendus, une valve autostatique, genre valve de Desmarets, assure un jour suffisant.

- Exploration abdominale et pelvienne de routine.

- Vérification de l'intégrité macroscopique des organes génitaux, surtout de l'absence de lésions infectieuses,

- Recherche de la mobilité utérine et des possibilités de rapprochement promonto-isthmique.

1 - Décollement vésico-utérin puis vésico-vaginal poussé jusqu' au col vésical.

Ce temps est commun à toutes les techniques que nous allons décrire. Il débute comme dans une hystérectomie totale puis se prolonge. Sur la ligne médiane il est en général facile mais doit être poursuivi très loin jusqu'à dépasser le col vésical, bien repéré par le capuchon de la sonde, et atteindre la face inférieure de l'urethre initial.

Latéralement, ce décollement est poursuivi le plus loin possible sans faire courir le risque aux uretères; ce qui est facilité par la bonne exposition obtenue par une longue incision péritonéalc en regard du cul-de-sac vésico-utérin. On arrive ainsi à bien dégager la vessie en avant, le vagin en arrière et l'on obtient une zone disséquée triangulaire à pointe antérieure sous l'urèthre initial, à base postérieure au niveau de l'incision péritonéale et dont les bords latéraux, droit et gauche, sont représentés par deux zones fibreuses et vasculaires dans lesquelles arrivent en haut les uretères. Ces lames reliant le plancher vésical au vagin, sont dirigées sagittalement, elles constituent le pédicule de la corne utérine en arrière et en haut, les piliers de la vessie, tels qu'on les découvre lors des dissections par voie vaginale , en avant et en bas.

II - Cysto-Colpo-Hysteropexie.

La vessie va être remise en tension sur la paroi vaginale puis utérine. Un aide maintient l'utérus en arrière, la vessie en haut et en avant. Partant du col vésical en bas une série de points de fil fin (ctagut chromé 00 ou nylon 00) va solidariser les deux organes.

Le premier point capital est passé au niveau du col vésical, faufilé ensuite dans le vagin quelques millimètres en arrière. Ce point noué, les fils coupés courts, le vagin se trouve légèrement froncé, le col vésical remonté vers l'arrière.

A partir de ce premier point médian, plusieurs séries transversales de 2 ou 3 points passés, d'abord dans la vessie puis dans le vagin, vont réunir les deux organes étroitement et faire remonter progressivement le plancher vésical.

La dernière série est en fait vésico-utérine, solidarisant le bord postérieur du plancher vésical à la face antérieure du corps utérin et préparant une péritonisation entre le péritoine du dôme vésical et le fond utérin comme dans la technique de Pestalozza.

Mais l'intérêt de notre méthode est de remettre le plancher vésical en tension, tout en faisant reculer progressivement le cul de sac péritonéal vésico-utérin. Les points doivent être assez rapprochés car si l'on se contente d'agir sur le péritoine vésical après décollement, on laisse un vagin plissé en accordéon au-dessous d'un espace libre où va très vite capoter le plancher vésical.

Bien entendu, le plus grand soin est apporté à ne faire aucun point perforant.

III - L'intervention est terminée par une promonto-fixation isthmique habituelle, mais dont les modalités peuvent varier selon la distance qui sépare l'isthme du promontoire.

Après avoir au besoin changé de matériel, si l'on n'est pas absolument certain de l'aseptie des manoeuvres précédentes :

Découverte du promontoire par une courte incision verticale :

a - Dans les meilleures conditions, l'isthme vient au contact.

2 fils non résorbables de bon calibre, sont faufilés dans l'aponévrose pré-vertébrale, l'un supérieur, l'autre inférieur,

Ils chargent ensuite largement l'isthme utérin sans jamais perforer la cavité, sont noués et coupés courts.

b - Un écart de quelques millimètres sépare l'isthme du promontoire, il ne faut pas vouloir absolument le contact au risque de déchirure du myomètre sur les fils en tension. La fixation du fond utérin n'est pas possible si l'on veut conserver les axes normaux du tube génital. Il est préférable de laisser en pont les deux fils d'amarrage qui seront sous-péritonisés en fin d'intervention et se couvriront rapidement d'un tissu fibreux réalisant un néo-ligament vertébro-utérin comme l'ont montré des observations de réintervention plusieurs mois après une pexie.

c - L'écart entre l'isthme et le plan vertébral paraît très important. Bien que l'on ait pu laisser des fils d'amarrage longs, de plusieurs centimètres, il semble préférable d'interposer entre la face postérieure de l'isthme et le ligament pré-vertébral une languette de peau ou de tergal de 2 à 4 centimètres de large que l'on fixe en avant par plusieurs points sur toute la face postérieure de l'isthme et en arrière par 2 points au promontoire. Cette façon de faire diminue le risque de déchirure du muscle utérin cisaillé par un seul fil.

IV - <u>Péritonisation</u> :

- Complète à droite,
- Recouvrant les fils de suspension ou la prothèse au milieu,
- Laissant libre le couloir gauche où s'engage le sigmoïde bien que quelques observations d'occlusion par incarcération d'anses grêles dans ce couloir puisse faire préférer une péritonisation colo-vésicale excluant complètement le Douglas. De toutes façons, il faut rétrécir suffisamment ce couloir gauche , pour qu'il n'admette que le seul sigmoïde, et ne jamais le laisser béant.

V - <u>Fermeture pariétale</u>.

VI - <u>Par voie basse, périnéorraphie postérieure habituelle</u>.

B - CYSTO-COLPO-HYSTEROPEXIE PAR PROTHESE.

1/ - Dans les cas habituels, le début de l'intervention est comparable à la précédente :

- Médiane sous-ombilicale,
- Décollement vésico-utérin puis vésico-vaginal poussé jusqu'au col de la vessie préalablement repéré,
- Dès lors on introduit dans ce décollement une prothèse de peau ou de tergal (nous reparlerons à propos des hamacs des divers types de prothèse) taillée en triangle à pointe inférieure.

La pointe de ce triangle est solidarisée dans le fond du décollement d'une part avec le col vésical, d'autre part avec la paroi vaginale à l'aide d'un fil fin non résorbable qui est noué et coupé court.

Nous utilisons pour toutes ces sutures des fils très fins montés sur aiguille courbe sertie. Nous ne recherchons aucun effet de sclérose, mais seulement une fixation solide de la prothèse.

Puis, alternativement à droite puis à gauche une série de points vont réunir chacun des bords du triangle au plancher vésical en avant, à la face antérieure du vagin en arrière.

Les points sont passés très soigneusement chargeant suffisamment de tissu sur chacune des parois sans jamais être perforants. On place ainsi de 3 à 6 points sur chaque bord.

La partie postérieure de la prothèse peut être utilisée de différentes manières :

a - Sectionnée transversalement, elle peut être amarrée à la face antérieure de l'isthme par quelques points, ce dernier fixé en arrière au promontoire. C'est la technique à préférer chez les femmes non ménopausées,

b - Divisée longitudinalement en deux bandelettes droite et gauche :

- Chacune des bandelettes passe dans la base du ligament large en dehors des vaisseaux utérins et est fixée à l'aponévrose prévertébrale avec les fils qui ont servi à amarrer l'isthme (on ne doit pas utiliser ce procédé avant la ménopause),

- Ou bien est étalée latéralement et fixée en dehors; soit au tendon du petit psoas, soit à l'orifice profond de l'anneau inguinal où s'enfonce le ligament rond (on accroche la bandelette à la partie haute de cet anneau, au-dessus de la veine iliaque externe qu'il faut protéger avec soin) ;

c - Divisée longitudinalement en 4 bandelettes, 2 amarrées au promontoire, les 2 autres latéralement.

- Ce sont là diverses possibilités techniques que nous reverrons en détail à propos des interpositions vésico-véginales.

- Péritonisation en avant et en arrière de l'utérus.

2/ - Cette technique de Cysto-Colpo pexie peut également s'appliquer aux prolapsus après hystérectomie.

La découverte du col restant ou du dôme vaginal est la partie la plus délicate de l'intervention, grandement facilitée par la mise en place d'un tampon vaginal ou d'une bougie de Heggar maintenus par l'aide. C'est sur vagin tendu qu'il faut chercher le clivage uro-génital.

Le décollement vésico-vaginal et la mise en place de la prothèse dans ce décollement n'ont rien de particulier.

La partie postérieure de la prothèse non divisée est directement amarrée à l'aponévrose en regard du promontoire, recouvrant le moignon de col ou le fond vaginal qui lui sont étroitement suspendus.

Péritonisation complète excluant la prothèse réalisée le plus souvent en Charrier Gosset.

3/ - Dansles 2 éventualités, périnéorraphie postérieure habituelle.

Cette Cysto-Colpo-hystéropexie simple ou avec prothèse peut-être associée en outre à un geste curateur d'une incontinence orthostatique d'urine éventuelle.

- Soit : fixation rétro-pubienne du vagin selon la technique de Marschall-Marchetti,
- Soit par voie mixte, intervention de suspension uréthrale type DELINOTTE ou GOEBBEL STOECKEL. Mais dans ce cas, il est bon de séparer complètement les deux temps opératoires et de ne jamais faire communiquer les deux décollements uro-génitaux. L'un par voie abdominale visant à la réalisation de la Cystopexie, l'autre par voie mixte à la mise en place de la fronde sous uréthrale.

Pour réliser cette intervention avec le maximum de sécurité, nous employons deux jeux d'instruments, l'un pour le temps de suspension uréthrale qui servira ensuite à la périnéorraphie postérieure, l'autre pour le temps abdominal.

Il convient également de bien décomposer les différents temps opératoires:

1 - Par en bas, courte dissection vaginale antérieure et libération des faces inférieure et latérales de l'urèthre. Si l'on ne prend pas cette précaution au début, après fixation postérieure, le col vésical se trouve attiré très haut et le repérage de l'urèthre par voie basse est très malaisé,

2 - Médiane intra-péritonéale,

3 - Cysto-Colpo-hystéropexie,

4 - Fermeture péritonéale complète,

5 - Reprise du Goebbel Stoeckel par le Retzius,

6 - Périnéerraphie postérieure.

Dans certains cas, malgré de grandes précautions, il n'a pas été possible d'éviter la communication des deux décollements uro-génitaux, bien que l'évolution ultérieure ait été identique, nous avons exclu ces cas de la présente étude dans un but d'unité.

Dans le même ordre d'idée visant à faire le plus possible par voie abdominale, on peut réaliser une suspension uréthrale uniquement par le Retzius, mais la dissection uréthro-vaginale est délicate et lorsque ce temps difficile est réalisé, nous préférons à la simple fronde sous-uréthrale, l'interposition vésico-vaginale d'une prothèse comme nous allons en voir la technique maintenant.

C - INTERPOSITION VESICO-VAGINALE D'UNE PROTHESE DE SOUTENEMENT VESICAL EN HAMAC.

- GENERALITES :

Le soutènement vésical par prothèse est défendu depuis quelques années par notre Maître le Professeur HUGUIER qui, dès 1958, avec son Maître AMELINE et SCALI présentait à l'Académie de Chirurgie un film de technique opératoire sur la mise en place par voie mixte d'un hamac sous-vésical de peau destiné à maintenir une cystocèle après hystérectomie vaginale.

Par la suite, cette technique a été utilisée de nombreuses fois dans différentes sortes de prolapsus et reste encore une méthode fréquemment employée à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca, que la prothèse soit de peau fraiche ou de matériel synthétique.

Cependant, pour éviter un temps opératoire septique dont l'existence est constamment retrouvée dans les observations de spondylodiscites suppurées, publiées récemment à l'Académie de Chirurgie, et bien qu'aucun cas n'ait été mis en évidence dans une statistique importante de promonto-fixation réalisée par le service, les divers opérateurs se sont efforcés de réaliser le plus possible cette intervention par voie abdominale pure.

Cette façon de faire ayant deux autres avantages plus restreints :

- l'un immédiat : éviter une large dissection vaginale antérieure en début d'intervention qui sera souvent source d'un suintement sanglant pendant toute la réalisation du temps abdominal,
- l'autre secondaire, essayer de prévenir l'élimination vaginale du matériel de prothèse dont nous avons eu trois exemples après hamac par voie mixte sans pour autant compromettre la qualité du résultat.

En outre, depuis 1959, les précisions anatomo-pathologiques et physio-pathologiques, acquises par le docteur BETHOUX, grâce à la pratique du colpo-cystogramme, ont fortement encouragé l'usage de ce soutènement par hamac sous-vésical.

- PRINCIPE :

Le but est d'interposer entre vessie et vagin un matériel solide, amarré en avant et en arrière, mis en tension latéralement autant que faire se peut et supportant comme un hamac le plancher vésical.

La fixation antérieure la plus logique consiste à enfourcher par deux bandelettes le col vésical, réalisant du même coup une suspension uréthro-cervicale et donc la cure d'une incontinence éventuelle.

- MATERIEL DE PROTHESE :

Trois matériaux : l'aponévrose, la peau, le tissu synthétique ont été utilisés.

a/ - L'aponévrose :

On peut utiliser de longues bandelettes d'aponévrose des muscles droits de 1 à 2 centimètres de large, prélevées de part et d'autre de la médiane, conservant leur insertion pubienne, glissées sous la vessie et amarrées en arrière à l'isthme ou au promontoire.

C'est un excellent matériel de prothèse, mais le prélèvement en est long et souvent hémorragique, surtout la paroi

abdominale antérieure en fin d'intervention est difficile à fermer.Non pas au niveau de l'ombilic, mais en bas où persiste un petit triangle sus-pubien difficile à combler et qui peut-être à l'origine d'une éventration.

b/ - La peau fraîche :

Prélevée lors de l'incision cutanée et soigneusement dégraissée, conservée quelques minutes dans du sérum additionné d'antibiotiques, c'est une prothèse de bonne qualité que l'on a toujours sous la main. Elle sera taillée à la demande au moment de l'interposition et placée épiderme contre vagin.

Cependant, son utilisation nécessite une bonne préparation de la malade pour écarter tout risque septique.

Par ailleurs, dans les hamacs par voie mixte, elle a donné lieu à quelques échecs, deux réinterventions ayant montré une disparition complète du greffon. Un fait analogue a été récemment signalé par LOYGUE à propos d'une bandelette cutanée amarrant un rectum prolabé au promontoire et qui était complètement résorbée à la réintervention. Nous lui préférons donc en principe :

c/ - Le matériel de prothèse synthétique :

Il a été le plus largement utilisé dans ces interventions idéalement aseptiques. Après quelques essais de filets en organza de nylon, c'est le tergal qui semble à l'heure actuelle le matériel le plus adéquat.

Taillé à la demande au moment de l'intervention, il constitue une prothèse :

- dont on est toujours assuré de l'aseptie,
- qui se travaille très facilement aux ciseaux,
- dont on peu obtenir de très longs lambeaux résistants,
- et qui, jusqu'à ce jour, n'a donné lieu à aucun accident d'intolérance.

Quel que soit le matériel utilisé, la prothèse sera taillée en cours d'intervention selon les résultats du bilan lésionnel et les possibilités d'amarrage.

En principe, le hamac constitue une bande de tissu de 3 à 5 cm de large, de 5 à 8 cm de long, terminée en avant par 2 longues bandelettes qui après avoir enfourché l'urèthre assurent l'amarrage antérieur, en arrière 2 bandelettes symétriques cravatent l'isthme et assurent la fixation postérieure ; latéralement deux bandelettes supplémentaires peuvent servir à étaler la prothèse sous le trigone.

Cette préparation doit être faite avec de grandes précautions d'asepsie, des gants et du matériel propres, n'ayant pas servi au temps d'ouverture pariétale ou de dissection uro-génitale.

- TECHNIQUE :

Nous étudierons successivement :

- l'amarrage antérieur,
- l'amarrage postérieur,
- l'étalement de la prothèse en passant en revue à chaque temps les diverses possibilités techniques,

- L'intervention débute en médiane sous-ombilicale extra-péritonéale,

- dégagement complet de Retzius exposant la face antérieure de la vessie et l'urèthre, dégageant latéralement jusqu'aux releveurs,

- ouverture péritonéale et bilan lésionnel.

a/ - Amarrage antérieur :

C'est le temps préparatoire de décollement uro-génital complet par voie haute qui fait l'originalité de la méthode, on peut le réaliser de deux manières :

1/ - Passage des bandelettes antérieures du hamac à travers les piliers de la vessie.

Décollement vésico-génital poussé le plus bas possible par l'abdomen,au minimum jusqu'à l'uréthre initial, en avant du capuchon de la sonde repère. On retrouve le décollement génito-urinaire déjà décrit, mais là, les lames saggitales vésico-génitales qui forment les côtés du triangle sont encore mieux individualisées puisque l'on a dégagé leur face externe par le Retzius.

Il convient donc d'isoler au mieux les lames en s'aidant du décollement vésico-vaginal qui donne leur limite interne, du décollement par le Retzius qui donne leur limite externe.

Il faut également repérer parfaitement le col vésical en s'aidant du capuchon de la sonde, car la fourche antérieure du hamac doit être placée exactement sous l'urèthre initial comme dans une suspension cervico-uréthrale pour incontinence.

C'est là le temps délicat de cette technique qui nécessite de perdre quelques moments dans la prise exacte des repères, dans la dissection des piliers vésicaux sans toutefois vouloir en faire trop latéralement au risque de blesser une veine dont l'hémostase serait particulièrement difficile. Rappelons qu'à ce niveau, l'uretère ne court aucun danger, on est au niveau du col de la vessie très au-dessous des méats urétéraux.

Une fois le col vésical bien répéré, les piliers bien isolés, on va perforer ces lames sagittales alternativement, la droite puis la gauche au niveau ou légèrement en avant du col.

Pour ce, on utilise :

- soit un grand passe-fil mousse coudé que P. SCALI a fait construire à cet effet,
- soit un grand dissecteur à bouts mousses ni trop fin pour ne pas offenser vessie ou vagin, ni trop épais pour ne pas faire saigner l'orifice de perforation,
- soit une longe pince coudée type Bengolea.

L'instrument s'adaptant plus à la conformation anatomique particulière de chaque malade qu'à des impératifs techniques rigoureux.

Quel que soit l'instrument utilisé, il est introduit dans le fond du décollement vésico-vaginal, perfore la lame saggitale au niveau du col et ressort dans le Retzius.

La position à double équipe permet toujours de contrôler d'un doigt vaginal le niveau de passage du fil, assurant d'autre part un appui solide lors du passage à travers le pilier vésical. Ce temps reste cependant la partie difficile et aveugle de cette technique.

Dans le Retzius, on récupère un gros fil non résorbable que l'on attire dans le décollement vésico-vaginal et qui servira de guide à l'une des bandelettes antérieures du hamac.

La même manoeuvre est réalisée du côté opposé.

Chaque bandelette du hamac réunie au fil guide correspondant.

En tirant sur ces fils on attire progressivement les 2 bandelettes dans le Retzius jusqu'à ce que la fourche antérieure du hamac vienne se placer sous l'urèthre initial.

Il convient de tirer les fils dans l'axe de la perforation des lames saggitales, en s'aidant de la pulpe des index qui attirent les fils dans le fond du Retzius jusqu'à ce que la fourche antérieure soit en place. En tirant, comme on est tenté de le faire, vers le haut dans la plaie abdominale, on risque de couper le col vésical sur le "fil scie".

Il ne reste qu'à fixer ces deux bandelettes en avant

Cette fixation sera particulièrement attentive chez les malades présentant une incontinence d'urine, elle devra être faite sous forte tension comparable à celle que l'on réalise dans un Goebbel Stoeckel habituel, c'est plus une sensa-

sation tactile propre à chaque opérateur qu'une tension calculée sur des normes mathématiques.

Lorsqu'il n'existe pas d'incontinence, l'amarrage antérieur nécessite cependant un réglage correct, suffisant pour que la sangle complète réalisée par le hamac soit bien tendue du pubis au promontoire, mais non excessif pour ne pas créer une rétention post-opératoire persistante, en fait rare,et il préférable de tendre trop que pas assez.

Quant au lieu d'amarrage antérieur des 2 bandelettes, il est variable.

Les ligaments de Cooper constituent habituellement un élément très solide, chaque bandelette est amarrée au ligament homo-latéral plus ou moins près de l'épine pubienne par 1 ou 2 points de fil non résorbable.

On peut également passer les bandelettes à travers les muscles droits et les nouer à la face superficielle des muscles sous l'apnévrose comme dans les techniques de suspension uréthrale.

Répétons que, plus que le point d'amarrage de ces bandelettes, plus peut-être que la tension sous laquelle elles doivent être fixées, c'est la position de la fourche antérieure sous l'urèthre initial qui est primordiale au besoin un point de fil fin peut réunir directement la fourche du hamac et le col vésical.

Les difficultés d'appréciation exacte de la situation du col, le caractère aveugle de la perforation des piliers vésicaux que l'on a toujours tendance par ailleurs à faire trop postérieure, ont amené à envisager une deuxième méthode de dissection uro-génitale préférée par le Professuer CERBONNET.

2/ - Décollement uréthro-vaginal premier par le Retzius :

Après dégagement de la face antérieure de la vessie,on découvre la paroi vaginale antérieure, longée superficiellement

par l'urèthre, c'est le temps habituel des cysto-cervico-pexies antérieures.

La dissection uréthro-vaginale par le Retzius a été décrite par MILLIN, notamment, dans une technique de cure d'incontinence par voie haute. Un spéculum tendant la paroi antérieure du vagin, l'urèthre repéré par une sonde est soulevé entre pouce et index, un dissecteur coudé est glissé à sa face inférieure et le dégage progressivement de la face antérieure du vagin au ras du col vésical.

Cette technique ainsi présentée par MILLIN paraît simple,en fait elle est toujours laborieuse, délicate et volontiers hémorragique car de grosses veines longent l'urèthre dans le Retzius.

En fait, avec patience et douceur, on arrive progressivement à isoler sa face inférieure au ras du col sans offenser le conduit urinaire ou le vagin et sans manoeuvre trop aveugle.

Dès lors, on reprend par l'abdomen la dissection vésico-vaginale que l'on poursuit sur la ligne médiane jusqu'au décollement précédent réalisé par le Retzius.

Les branches antérieures du hamac sont facilement glissées dans le décollement, récupérées derrière le pubis et fixées comme précédemment.

b/ - <u>Amarrage postérieur</u> :

Ce temps est commun au hamac sous-vésical et à la Cysto-Colpo-Hystéropexie par prothèse.

1 - Dans les cas habituels, il existe un appareil génital intact, diverses modalités de fixation sont possibles :

   a - la partie postérieure du hamac sectionnée transversalement est fixée par 3 à 6 points non résorbables à la face antérieure de l'isthme. Il faut pour cela qu'il n'existe aucune ptose utérine ou que l'on

réalise dans le même temps une promonto-fixation isthmique.

b - habituellement la partie postérieure du hamac est divisée longitudinalement en deux bandelettes droite et gauche. Chacune traverse la base du ligament large dans sa partie avasculaire en dehors des vaisseaux utérins, au-dessous des arcades tubo-ovariennes après s'être assuré en regardant par transparence le point exact de perforation. Cet "encerclement utérin" suppose bien entendu, ménopause ou stérilisation opératoire.

On réalise une pexie isthmique habituelle au promontoire, en gardant les 2 chefs de chaque noeud. Ces fils serviront à amarrer au promontoire les 2 bandelettes qui ont croisé les faces latérales de l'utérus. Cette fixation étant assurée de manière à réaliser une tension suffisante de la prothèse.

Ainsi la fourche postérieure du hamac cravate la face antérieure de l'isthme utérin à laquelle on peut la fixer directement. Le corps utérin se trouve d'une part accroché en arrière, d'autre part soutenu latéralement par le hamac.

2 - Dans les prolapsus secondaires, à une hystérectomie, l'amarrage postérieur est simple également. La partie postérieure du hamac non divisée est amenée au promontoire sous tension, le dôme vaginal ou le col restant lui sont appendus. On peut d'ailleurs, avant la fixation postérieure du hamac réaliser une suspension directe du col ou du vagin à l'aponévrose pré-vertébrale qui sera doublée par la prothèse.

Un problème reste à discuter : dans quel ordre faut-il réaliser ces deux fixations ?

1 - La fixation antérieure en premier est théoriquement préférable car elle permet de régler une bonne fois la position de la fourche sous-uréthrale dont nous avons vu l'importance.

Cependant, lors de l'amarrage postérieur secondaire, une tension trop importante peut faire reculer cette fourche antérieure derrière le col vésical lui empêchant de jouer son rôle vis-à-vis d'une incontinence urinaire.

2 - Par ailleurs, réaliser d'abord la fixation postérieure oblige à retailler à la demande la fourche antérieure, le hamac déjà en place dans le décollement uro-génital ce qui nécessite des gestes malaisés et fait courir quelques dangers à la vessie. En effet, si la position de la fourche postérieure par rapport à l'isthme utérin n'a pas une importance primoridale (on peut laisser cette fourche quelques millimètres en avant du myomètre, elle ne vise nullement à assurer l'hystéropexie mais permet seulement à la partie postérieure du hamac de contourner l'utérus) , par contre la fourche antérieure a un effet de fronde sous uréthro-cervicale comme dans les techniques de suspension pour incontinence et doit donc être appliquée exactement sous l'appareil urinaire.

3 - Au terme de ces discussions, il apparaît que la position de la fourche antérieure demeure l'élément dominant. Aussi, pensons-nous qu'il convient de réaliser d'abord la fixation postérieure. La prothèse est ensuite glissée dans le décollement vésico-vaginal, repliée sur elle-même ; on repère aussi exactement que possible à l'aide d'une pince l'emplacement de la future fourche antérieure ; et ce n'est qu'alors, sur hamac déjà fixé en arrière que sont taillées les bandelettes antérieures. Celles-ci sont passées dans le

Retzius et amarrées en avant. Cette façon de procéder assure définitivement la position de la fronde sous-uréthrale, de plus, elle permet d'appliquer directement sur la face antérieure de l'isthme la fourche postérieure du hamac dont l'effet mécanique viendra s'ajouter à la promonto-fixation.

c/ - Etalement sous-vésical de la prothèse :

Si les amarrages antérieur et postérieur constituent des points d'appui solides entre lesquels la prothèse se trouve étirée, il est évident que cette mise en tension selon un seul axe à tendance à rétrécir la portion sous-vésicale du hamac qui, par ailleurs, et surtout dans sa portion toute antérieure, a une largeur relativement modérée.

Lors des tentatives de hamac par voie mixte, il était rapidement apparu que lors de la mise en tension , la partie sous trigonale de la prothèse se rétrécissait en ficelle et représentait non plus une large surface d'appui, mais une étroite corde de part et d'autre de laquelle la vessie risquait de glisser. Cet inconvénient était maximum avec les prothèses en organza de nylon, moindre avec la peau, pratiquement nul avec le tergal beaucoup moins malléable et gardant toujours une certaine rigidité.

Pour y pallier, pour réaliser une plus large surface d'appui à la vessie, il convient donc dans la mesure du possible d'étaler au maximum le hamac.

Plusieurs variantes peuvent être utilisées :

1 - Le seul fait de passer 2 bandelettes de part et d'autre de l'isthme étale déjà de manière sensible,

2 - fixation au hamac du plancher vésical : c'est le procédé le plus simple. Au lieu de laisser la vessie reposer simplement sur le hamac, on solidarise par plusieurs points non perforants la face inférieure de la vessie à la prothèse, on fixe en particulier très soigneusement les angles postérieurs aux bords libres du hamac,

3 - étalement par les ligaments ronds : c'est également un procédé simple, qui consiste à fixer par un ou plusieurs points la partie moyenne des ligaments ronds au bord libre sous-vésical du hamac. Cette technique utilise évidemment une formation de solidité douteuse mais son but n'est pas de fixation mais seulement d'étalement. Par ailleurs, les deux ligaments ronds ont été remis en tension par l'amarrage postérieur de l'utérus,

4 - rappel des bandelettes antérieures sur les bords latéraux du hamac. Il faut le prévoir lors de la confection du hamac et pour ce, tailler deux bandelettes antérieures très longues.

Les temps de fixation sont les mêmes à ce détail que ce n'est pas l'extrêmité, mais la partie moyenne des bandes antérieures qui est accrochée au pubis. La portion distale après fixation est dirigée en arrière, traverse le Retzius, glisse entre la face latérale de la vessie et le péritoine latéro-vésical et est fixée sous tension au bord libre de la prothèse sous le plancher vésical. Ce procédé a de plus le mérite de diminuer la longueur du "porte à faux" entre le rachis et le pubis.

C'est un matériel solide qui étale parfaitement, mais nécessite une courte dissection vésico-péritonéale supplémentaire et laisse dans le Retzius 4 bandes de prothèse au lieu de deux. Par ailleurs, l'amarrage antérieur sollicité dans deux directions divergentes, doit être particulièrement soigné,

5 - modifications dans la forme du hamac : consiste à ajouter aux deux branches antérieures obligatoires, aux deux branches postérieures facultatives, 2 larges bandelettes latérales partant des angles postérieurs de la portion sous-vésicale et dirigées en dehors.

Ces bandelettes passent en avant du ligament large le plus souvent elles sont glissées sous le péritoine de la

face antérieure de ce ligament, sinon elles seront recouvertes par la péritonisation. Elles sont amarrées en dehors soit au tendon du petit psoas, soit à l'orifice profond de l'anneau inguinal.

Ainsi se trouve réalisé un large support sur lequel on fixera le plus latéralement possible les cornes vésicales, ajoutant au soutènement un effet d'étalement de la vessie.

d/ - Quelles que soient les variantes techniques, l'intervention est terminée par une péritonisation soigneuse.

Elle comporte deux temps antérieur et postérieur au minimum.

Elle doit recouvrir complètement la prothèse.

En avant, c'est une péritonisation vésico-utérine, prolongée latéralement afin de recouvrir éventuellement des bandelettes latérales.

En arrière, péritonisation entre la face postérieure du ligament large au-dessus du point de perforation par la bandelette et le péritoine pariétal postérieur à droite, entre la face postérieure du corps utérin et le péritoine pariétal au centre, entre la face postérieure du ligament large et la face antérieure du rectum ou du sigmoïde à gauche.

Ce couloir gauche peut d'ailleurs rester libre, mais il convient de bien recouvrir la bandelette gauche dans son court trajet à la face postérieure du ligament large gauche.

Pour éviter certains accidents de péritonisation qui peuvent se concevoir dans la mesure où l'on accole deux faces péritonéales et non pas des bords cruentés, BRET a proposé récemment d'inciser le péritoine pré-rectal et le péritoine postérieur du ligament large et de suturer les bords supérieurs de ces 2 incisions du moins à gauche.

Dans les hamacs après hystérectomie, il est préférable de réaliser une péritonisation complète colo-vésicale.

- Mise en place d'antibiotiques in situ,
- Fermeture péritonéale,
- Vérification du Retzius et antibiotiques locaux,
- Fermeture pariétale soignée terminant cette intervention.

Il est préférable d'éviter tout draînage au contact du matériel de prothèse,mais nous verrons que dans certaines conditions on peut être amené à drainer et l'espace sous-péritonéal et le Retzius.

Une périnéorraphie postérieure habituelle sera bien entendu toujours réalisée si nécessaire en fin d'intervention.

CHAPITRE III

APPLICATION DES TECHNIQUES A 70 CAS

L'étude de ce chapitre est basée sur l'application des techniques précédentes chez 70 malades opérées tant en pratique hospitalière (38 cas) qu'en clientèle de ville (32 cas), par les chirurgiens du service.

La première intervention fut réalisée en Janvier 1959 la plus récente, il y a quelques semaines.

A - Les cas traités.

1 - Les malades :

L'âge moyen des femmes opérées selon ces techniques est de 56 ans, les extrêmes de 34 ans à 72 ans.

Certaines femmes jeunes en période d'activité génitale furent opérées en évitant d'enserrer l'isthme utérin entre deux bandelettes prothétiques. Ces femmes eurent par la suite une vie gynécologique normale, aucun trouble des règles, vie génitale normale. Deux malades ont été ménopausées dans les mois qui ont suivi l'intervention sans aucune particularité à cette ménopause naturelle. Aucune malade n'a été enceinte depuis l'intervention.

2 - Le prolapsus :

a - Clinique :

Un point commun à toutes ces malades, la cystocèle retrouvée dans toutes les observations à des degrés variables.

Cette cystocèle était isolée dans trois cas seulement.

Ailleurs, cystocèle associée à un degré plus ou moins important d'urethrocèle qui a été notée cliniquement dans 50 cas.

L'hystérocèle faisait également partie habituellement du tableau clinique. Elle était notable (col descendant à 2 cm de l'orifice vulvaire ou plus bas) dans 55 cas, ailleurs plus discrète cette ptose du tube génital était exceptionnellement nulle.

Dans 5 cas, l'association hystérocèle + uréthrocystocèle réalisait l'aspect classique du prolapsus total antérieur extériorisé.

Notons également que dans la majorité des cas, le périnée postérieur était déficient puisqu'il fut traité par un temps spécial 65 fois. Dans les 5 observations restantes, il s'agissait 3 fois de récidives avec un périnée postérieur refait lors de la première intervention et correct, 2 fois de prolapsus de première main avec un plancher périnéal satisfaisant ne nécessitant aucun temps spécial.

En dehors de ces quatre éléments anatomiques assez constants, nous avons trouvé 23 fois une rectrocèle toujours discrète et presque toujours manifestée seulement lors de l'examen clinique en maintenant la partie antérieure de la ptose.

Accompagnant ces divers aspects anatomiques, un symptome fonctionnel fréquent : l'incontinence orthostatique d'urine, soit une incontinence orthostatique vraie totale, en fait rare, soit plus volontiers une incontinence d'effort. Elle existait dans 30 observations. Nous y associons 4 malades qui ne présentaient aucun trouble clinique mais dont le Colpo-cystogramme laissait apparaître une incontinence potentielle sur laquelle un travail récent de BETHOUX et Collaborateurs a attiré l'attention.

b - Etiologie :

La pathologie habituelle : traumatisme obstétrical pour les femmes jeunes, associé à une déficience tissulaire pour les femmes âgées, est retrouvée dans tous les cas.

Mais plus intéressantes sont les récidives.

En effet, parmi ces 70 cas, 16 étaient des récidives.

15 furent traitées en seconde main ayant toutes subi une intervention par voie basse associée : 5 fois à une hystéropexie antérieure, 1 fois associée à un Goebbel-Soteckel. Cette malade récidiva de son uréthro-cystocèle et de son incontinence urinaire, il existait par ailleurs une hystérocèle importante dont nous ignorons si elle était présente lors de la première intervention.

En dehors des constatations anatomiques faites, en réintervenant, le protocole opératoire nous apprend que 2 malades avaient été traitées par la technique de "Manchester".

Remarquons également que sur ces 15 observations, 2 seulement présentaient un périnée postérieur correct, mais 13 fois il fallut faire un geste réparateur sur les releveurs, soit négligés lors de la première intervention, soit incomplètement réparés.

La 16ème récidive personnelle est plus intéressante, elle permet en effet de se faire une idée de la valeur des techniques proposées et de la qualité des prothèses.

En voici un court résumé :

- Madame J. Marcelle, 52 ans, 4 accouchements.
  - Enorme uréthro-cystocèle avec hysterocèle,
  - Incontinence d'urine à l'effort,
  - Déficience des releveurs.

  Le 9.8.1957 :

  - mise en place, par voie mixte, d'un hamac de peau totale prélevée en début d'intervention sur l'abdomen,

- l'utérus vient difficilement en arrière et l'on préfère réaliser une hystéropexie corporéale,

- les branches postérieures du hamac sont fixées à l'aponévrose en regard du promontoire,

- les branches antérieures glissées dans le décollement vésico-vaginal, sont reprises dans le vagin, repassées dans le Retzius et nouées à la face antérieure de l'aponévrose des droits après avoir perforé le muscle,

- périnéorraphie postérieure habituelle.

Le 1.3.1961 :

- récidive complète de la cystocèle qui est pratiquement isolée en avant d'un périnée postérieur résistant,

- discrète incontinence d'effort.

Le 22.3.1962 :

- reprise de la médiane sous-ombilicale,
- excision du grand épiplon,
- le fond utérin est très près du disque L5 SI amarré de court par un néo-ligament qui est sectionné,
- reprise du décollement vésico-utérin et vésico-vaginal par voie haute uniquement,
- ce décollement est facile, peu hémorragique,
- on retrouve la peau dont les bandelettes sont intactes, correctement fixées, mais l'ensemble est étiré et fortement aminci,
- le dégagement du Retzius est un peu plus pénible,
- fixation isthmique au résidu de néo-ligament prédiscal, l'isthme arrive au contact et l'utérus est mieux orienté,
- passage de 2 fils guides entre le décollement vésico-vaginal et le Retzius. On passe entre la peau laissée au contact de la vessie et le vagin,
- on attire grâce aux fils guides, 2 bandelettes de nylon de 1,5 cm de large, croisées en X sous la

vessie, amarrées en avant aux épines pubiennes, en arrière au promontoire (nous reviendrons sur cette variante technique lors de l'étude des résultats),
- vérification de l'étanchéité vésicale par épreuve au bleu,
- aucun temps périnéal n'est associé.

De cette réintervention, nous pouvons tirer deux enseignements :

- le premier relatif à l'état anatomique de l'espace vésico-vaginal après interposition prothétique. A la réintervention, il existait entre prothèse et vagin un espace aisément clivable peu hémorragique. Aucune fibrose dense de dissection difficile même dans ces cas où un temps d'ouverture vaginale avait été réalisé lors de la première intervention.

On peut certes en déduire que c'est cette absence de fibrose qui est à l'origine de la récidive.

Pour nous, c'est uniquement la distension de la prothèse cutanée qui fut trouvée floche entre les 2 amarres antérieure et postérieure qui est à l'origine de la récidive. L'interposition vésico-vaginale n'a pas pour but de catalyser autour d'un corps étranger la formation d'une fibrose intense à laquelle serait dévolu le rôle de soutien. C'est la prothèse elle-même qui sert de support si elle se distend, le prolapsus antérieur se reproduit, cette observation en est une belle, mais heureusement rare démonstration.

La contre-expérience nous est donnée par les deux réinterventions après "Manchester". On a pu malicieusement prétendre que les temps antérieurs par voie basse visaient surtout à créer une réaction fibreuses sous la vessie, leur but est évidemment tout autre. Lors des deux réinterventions, il existait dans le décollement vésico-vaginal une sclérose dense, hémorragique très difficilement disséquable et qui, dans un cas, aboutit à une brèche du col vésical. La donc, la fibrose existait bien, mais elle n'avait nullement empêché la récidive.

Seule, la défaillance des tissus auxquels on avait fait confiance était responsable.

Aucune réaction fibreuse, quelle qu'en soit l'intensité ne semble capable de maintenir une cystocèle, seule compte la qualité du support et la solidité de ses amarres.

- le deuxième enseignement de cette réintervention après hamac par voie mixte, concerne justement la qualité du support.

Une biopsie de la prothèse cutanée a, en effet, permis un examen anatomo-pathologique dont voici le protocole;

= plage de tissu lâchement fibrosé contenant des formations annexielles pilo-sébacées et suboripares involuées,

= en surface, vestiges d'épithélium malpighien peu stratifié,

= l'ensemble donne l'impression d'une hypoplasie globale avec persistance des éléments fonctionnels habituels.

Ce compte-rendu histologique joint aux constatations macroscopiques, distension entre des points d'accrochage fixes, amène à penser que la peau mise dans une telle situation perd à la longue certaines qualités de rigidité et d'élasticité et se laisse progressivement distendre.

Peut-on penser que c'est la mise en place par voie mixte qui est responsable d'une infection torpide qui, à la longue altérera la prothèse ? En effet, dans cette technique, la peau reste en regard d'une brèche vaginale antérieure plus ou moins hermétiquement close en fin d'intervention. Par ailleurs, nous avons vu la lyse complète d'un autre hamac cutané mis en place par la même voie. En fait, nous n'avons retrouvé aucun élément infectieux ni même inflammatoire à la réintervention ; mais aucune étude bactériologique n'a été faite. Rappelons également que LOYGUE a publié récemment un cas de lyse complète d'une bandelette cutanée d'amarrage rectal mise en place uniquement par voie abdominale. Nous n'avons observé aucun échec de ce genre dans les hamacs de peau, par voie abdominale pure, mais certains ont un recul insuffisant.

Faut-il retenir uniquement l'importance des pressions supportées par la prothèse dans l'apparition de cette distension ?

A notre connaissance aucun cas similaire n'a été rapporté dans les plasties cutanées utilisées pour combler les brèches pariétales après éventration, bien que les pressions supportées soient probablement similaires.

D'ailleurs, la répartition des forces de traction au pourtour d'une prothèse fermant un orifice circulaire est moins favorable à l'allongement que la tension linéaire entre deux points fixes.

La situation pelvienne serait-elle particulièrement nocive ? Nous ne le croyons guère.

Aussi bien que ne pouvant apporter aucune explication valable à de tels faits, convient-il d'être assez réticent dans l'utilisation de la peau dans la mesure où l'on possède un matériel de synthèse valable. Dans les dernières interventions de cette étude, le tergal a été utilisé presque exclusivement.

c - Prolapsus après hysterectomie :

Pour être complet dans l'étude des malades, ajoutons que 3 fois il s'agissait de ptoses, 2 fois après hystérectomie subtotale, 1 fois après totale.

3 - Les interventions :

Cette série de 70 malades comprend :

- 3 cysto-Colpo-Hysteropexies simples,
- 9 Cysto-Colpo-Hysteropexies par prothèse,
- 58 interpositions génito-urinaires de hamac.

a - Les Colpo-cysto-hysteropexies simples :

Il peut paraître curieux que l'intervention la plus simple soit la moins souvent pratiquée. Cela tient essentielle-

ment, comme nous le reverrons,aux indications qui en sont particulièrement réduites.

Une isthmopexie au promontoire fut réalisée chez les 3 malades, 2 fois l'isthme venait au contact, la 3ème fois une bandelette d'organza fut utilisée pour améliorer cette pexie postérieure.

Enfin, dans les 3 cas, une périneorraphie postérieure habituelle fut associée.

b - Les Cysto-colpo-hystéropexies par prothèse :

C'est une technique d'emploi plus récente, peut-être induite par certaines difficultés techniques lors du temps antérieur de clivage uro-génital dans les hamacs habituels. La possibilité d'association à une cure d'incontinence urinaire, en fait un procédé séduisant dont les indications tendent à augmenter.

Le matériel de prothèse utilisé à été :

- 3 fois une bande d'organza de nylon,
- 6 fois un filet de tergal.

La fixation postérieure a toujours été réalisée au niveau du promontoire par deux bandelettes enserrant l'isthme utérin. Ces deux bandelettes sont fixées à l'aide des fils ayant servi à la promonto-fixation isthmique postérieure toujours associée.

Cette fixation utérine amena 8 fois l'isthme au contact du rachis, une fois il resta à 3 cm de distance, mais aucune prothèse ne fut interposée et les deux fils laissés en pont selon une technique bien connue.

La fourche postérieure fut par surcroit dans 2 cas directement fixée à la face antérieure de l'isthme par quelques points.

Une seule fois deux bandelettes latérales partant des angles postérieurs de la portion sous-vésicale du hamac servi-

rent à étaler la prothèse en allant se fixer à l'orifice inguinal profond, élargissant ainsi la surface d'appui du plancher vésical.

Dans les 9 interventions, une périnéorraphie postérieure selon la technique habituelle fut associée au temps abdominal.

Enfin, 4 fois par voie mixte et sans aucune communication des 2 espaces de décollement uro-génitaux,une fronde sous-uréthrale fut mise en place selon la technique de Goebbel-Stoeckel modifiée, 3 fois à l'aide d'une bandelette de peau prélevée sur l'abdomen, une fois à l'aide d'un ruban de nylon.

Pour être complet, signalons qu'une malade bénéficia dans le même temps opératoire de l'ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Nous reviendrons à propos des hamacs sur ces interventions, associées.

c - Les interpositions uro-génitales d'une prothèse en hamac :

Représentent la majorité de cette étude (58 cas). Bien que de réalisation plus complexe, elles furent les premières réalisées dès 1959, elles n'étaient qu'une variante technique du hamac promonto-pubien, mis en place par voie mixte, décrit dès 1958 par HUGUIER.

= Le matériel de prothèse utilisé fut :

- 12 fois la peau,
- 35 fois l'organza de nylon,
- 7 fois le filet de tergal,
- 4 fois l'aponévrose des droits,
- 1 fois un tissu de Dacron.

= L'amarrage antérieur :

A ce propos, précisons qu'outre son rôle de soutien vésical, ce hamac avait à traiter une incontinence d'urine dans 30 cas. C'est certainement la fréquence de ce trouble fonctionnel qui a fait multiplier les indications de cette technique, associée bien entendu à la qualité de l'amarrage antérieur.

Le choix du point d'attache antérieur n'est d'ailleurs pas fonction de l'existence d'une incontinence, mais plus des possibilités anatomiques et des habitudes de chaque opérateur.

- 29 fois les bandelettes antérieures furent accrochées au ligament de Cooper,
- 13 fois à l'épine du pubis,
- 12 fois passées à travers les grands droits et nouées à la face superficielle des muscles sous leur aponévrose,
- 3 fois les bandelettes aponévrotiques taillées aux dépens de la gaîne des droits gardèrent une insertion antérieure sur le pubis.

La dernière intervention ne permet pas de faire état d'un amarrage antérieur. En effet, après fixation aux Cooper, les bandelettes durent être désinsérées en per-opératoire pour réparer une brèche urinaire, on renonça à la fixation antérieure pour ne garder que la partie postérieure du hamac, nous retrouverons cette observation détaillée dans l'analyse des résustats.

La fourche antérieure du hamac ne fut jamais fixée au col vésical, ce qui a posteriori est probablement se priver d'un geste aisé par le Retzius et qui assurerait pour la suite une situation stable à cette fronde.

= L'amarrage postérieur :

Le hamac fut accroché au plan vertébral dans 48 interventions, 46 fois au niveau du promontoire, 2 fois au niveau de l'aponévrose recouvrant la 1ère vertèbre sacrée devant des difficultés d'abord considérables du disque L5 SI.

Cet amarrage réalisé : 42 fois à l'aide de deux bandelettes droite et gauche contournant l'isthme utérin, en traversant la base des ligaments larges dans leur portion avasculaire, 6 fois large prothèse passant au-dessus d'un col restant (4 fois) d'un moignon vaginal (2 fois) avant de se fixer en arrière.

Cette attache au plan vertébral a été complétée 7 fois par l'accrochage de la fourche postérieure à la face antérieure de l'isthme par quelques points, 2 fois par la suspension sous la prothèse d'un moignon vaginal.

Dans 10 observations, la partie postérieure du hamac s'arrête sur la face antérieure de l'isthme utérin, lui-même fixé en arrière 8 fois seulement.

En effet, la pexie directe du tube génital est habituellement associée à l'interposition uro-génitale. On la retrouve dans 53 observations :

- 52 fois au promontoire,
- 1 fois à la face antérieure de la première vertèbre sacrée.

- Cet amarrage a été 48 fois une isthmopexie postérieure,
- 4 fois une fixation de col restant,
- 1 fois une fixation du dôme vaginal.

Dans 5 interventions seulement, sur les 58 hamacs, il n'y eut pas de fixation postérieure directe des organes génitaux.

- 1 moignon vaginal fut simplement appendu au hamac,
- le pexie isthmique postérieure fut refusée dans 1 cas où le promontoire était inabordable et où l'utérus venait mal au contact de l'aponévrose sacrée en regard de SI où furent fixées les bandelettes postérieures,
- 2 fois seulement chez des femmes jeunes, l'utérus était parfaitement fixe, les utéro-sacrés vérifiés excellents en peropératoire et l'on réalisa dans les 2 cas un hamac antérieur arrêté sur l'isthme.

Enfin, un protocole opératoire ne donne pas d'explication à ce défaut de pexie génitale directe, mais l'isthme était entouré par deux bandelettes fixées au disque. On peut d'ailleurs remarquer que cet enlacement de l'isthme réalise un an-

neau résistant qui sans l'étrangler peut s'opposer à à une chute du corps utérin, mais n'a pas évidemment la valeur d'une pexie.

Dans les 52 observations de fixation génitale postérieure, le compte-rendu opératoire note 5 fois que l'axe génital reste à distance du plan vertébral de 1 à 6 cm sans qu'aucune fois une prothèse ait été interposée.

Etalement du hamac :

Les bords latéraux de la portion sous-vésicale de la prothèse furent solidarisés avec les ligaments ronds 11 fois. Dans un cas il s'agissait de moignons de ces ligaments dans un prolapsus sur col restant. Ces 11 interventions comprennent 8 grands hamacs promonto-pubiens , 3 hamacs arrêtés en arrière sur l'isthme.

5 fois cet effet d'étalement fut recherché par fixation en rappel des bandelettes antérieures sur les bords de la prothèse ; 4 hamacs promonto-pubiens, 1 arrêté en arrière sur l'isthme.

3 fois seulement des bandelettes latérales furent ajoutées au hamac allant les 3 fois se fixer aux tendons des petits psoas. Il s'agissait les 3 fois de hamacs fixés à l'isthme en arrière. Dans deux cas,il n'a pas été pratiqué de pexie postérieure du tube génital ; dans ces 2 observations, on complète l'effet d'étalement en associant aux bandelettes latérales une suture directe des cornes vésicales sur la prothèse.

Enfin, une fois cette solidarisation des cornes vésicales à la prothèse a été utilisée comme unique moyen d'étalement dans un hamac fixé à l'isthme utérin.

En résumé, 20 fois seulement un effet d'étalement de la prothèse fut recherché, 8 fois sur 10 hamacs fixés à l'isthme ce qui est logique puisque l'on essaye d'ajouter à l'étalement des points d'amarrage latéraux solides, 12 fois seulement sur 48 hamacs promonto-pubiens, bien que là, seul l'effet d'élargis-

sement du support soit recherché, ce pourcentage est probablement insuffisant, surtout étant donné le nombre des prothèses cutanées ou de nylon qui ont beaucoup plus tendance à faire corde que le tergal.

= Nous venons d'envisager avec la mise en place de cette prothèse :

- le temps antérieur du traitement des prolapsus génitaux,
- le temps d'incontinence urinaire,
- le temps de fixation des organes génitaux,
- il reste deux problèmes, celui du temps postérieur, celui de l'élytrocèle.

Le périnée postérieur est un temps capital à notre sens. Il a été réalisé chez 53 malades. 51 fois selon la technique habituelle, myorraphie des releveurs et du périnée superficiel, 2 fois par un laçage à la peau devant des muscles particulièrement déficients.

Sur les 5 malades restantes, 3 avaient un périnée solide, refait lors d'une précédente intervention, 2 avaient des muscles valables qui ne furent pas touchés.

Une seule élytrocèle dans cette série, voici son observation résumée :

- <u>Madame C... - 40 ans, 5 grossesses</u> :

Importante uréthro-cystocèle avec hystérocèle discrète.

Petite rectocèle - Elytrocèle.

Incontinence urinaire d'effort.

Il s'agit d'une récidive après traitement par voie basse.

Le 23.3.1964 :

- médiane sous-ombilicale, prélèvement de peau,
- dissection uro-génitale complète,
- mise en place par voie abdominale pure d'un hamac cutané,
- les branches antérieures fixées aux Cooper,

- la partie postérieure à l'isthme utérin .,
- 2 branches latérales aux tendons des petits psoas,
- péritonisation antérieure complète isolant totalement la prothèse,
- en arrière Douglassectomie par voie mixte,
- amarrage postérieur de l'isthme utérin au disque L5 SI,
- périnéorraphie postérieure habituelle.

Les suites opératoires ont été particulièrement simples, le délai d'hospitalisation 11 jours, un des plus courts de la série. Cette malade revue en avril 1965, un an après l'opération présente un excellent résultat anatomique et fonctionnel, a vu disparaître tous ses troubles urinaires et mène une vie génitale normale.

= Pour être tout à fait complet sur ce chapitre des interventions, il convient de signaler que 17 malades (16 hamacs, 1 cysto-colpo-hystéropexie par prothèse) furent l'objet d'un geste thérapeutique complémentaire, 3 fois imposé par l'abord et la cure du prolapsus.

- 2 libérations d'hystéropexies antérieures fundiques, plus ou moins aisées d'ailleurs,
- 1 resection d'épiploon.

Ce sont là des gestes obligatoires, mineurs, aseptiques.

Chez 14 malades cependant, et bien que répugnant par principe à toute association, il a été réalisé :

- Cure d'éventration sur médiane sous-ombilicale 2
- Ligature de trompes 1
- Kystectomie 2
- Ovariectomie unilatérale 2
- Ovariectomie bilatérale 1
- Myomectomie 2
- Appendicectomie 1
- Hystérectomie totale 1
- Hystérectomie sub-totale 2

A - La cure d'éventration ne pose de problème qu'à la fermeture pariétale. Elle put être réalisée simplement dans les 2 cas par rapprochement des droits sans aucune plastie.

B - La ligature des trompes, dès l'instant où elle ne s'accompagne pas de section, n'amène aucun risque septique et reste un geste mineur.

C - L'ovariectomie bilatérale aseptique également, l'indication en était une endométriose rebelle chez une jeune femme.

D - L'ovariectomie unilatérale était imposée dans les 2 cas par une tumeur bénigne de l'ovaire découverte en per-opératoire.

E - La kystectomie a été réalisée de principe en présence de deux kystes dermoïdes de l'ovaire.

F - La myomectomie, dans un cas, était imposée par un myome postérieur gênant la promonto-fixation découvert en per-opératoire. La deuxième fut faite de principe devant un gros myome antérieur isolé chez une femme de 40 ans. A condition d'être effectuée sans ouvrir la cavité utérine, cette énucléation n'ajoute aucun temps septique. Cependant, elle doit être suivie d'une hémostase rigoureuse de la poche, d'un bon capitonnage et d'une péritonisation correcte.

Reste 4 interventions qui demandent un temps septique et sur lesquelles nous voudrions nous expliquer :

G - L'appendicectomie à proscrire formellement, elle était imposée par une tumeur de l'appendice que l'histologie montra être une tumeur carcinoïde. Dans ces conditions exceptionnelles, il convient de réaliser l'ablation de l'appendice en fin d'intervention après toutes les péritonisations et de ne plus toucher au petit bassin après ce temps septique.

H - L'hystérectomie totale est une indication discutable sur le plan septique. Nous pensons pouvoir l'associer à cette

série étant donné les conditions de l'opération, voici l'observation :

- Madame S..., 52 ans, Cystocèle importante, hystérocèle,
  - Rectocèle discrète,
  - Allongement hypertrophique du col,
  - Métrorragies post-ménopausiques n'ayant pas fait leur preuve.

  Le 5.10.1964 :

  - Médiane sous-ombilicale,
  - Hystérectomie totale sans conservation,
  - Vérification de l'hémostase,
  - Fermeture vaginale hermétique,
  - Toilette péritonéale,
  - Changement de champs, de gants, d'instruments.

Mise en place par voie abdominale pure d'un hamac cutané promonto-pubien auquel on solidarise le vagin et la vessie.

Il n'a pas été fait d'amarrage direct du dôme vaginal.

Périnéorraphie postérieure habituelle.

Cette séparation complète des deux temps est capitale avec toutes les précautions d'asepsie requises.

La prothèse n'a jamais été au contact de la cavité vaginale septique et dans ces conditions nous pensons pouvoir l'inclure dans la présente étude.

Les suites opératoires furent d'ailleurs simples et le résultat au dernier examen était excellent.

1 - L'hystérectomie sub-totale :

Imposée 2 fois par un gros utérus fibromateux gênant les manoeuvres dans le petit bassin. Elle a été réalisée en premier, la muqueuse de l'endocol détruite autant que

faire se peut et le canal cervical obturé par un point en X. La mise en place de la prothèse effectuée après changement complet de champs, de gants et de matériel.

1ère Observation :

- Madame I..., 65 ans :

- Uréthrocystocèle et Hystérocèle,
- Gros utérus fibromateux,

Le 23.5.1962 :

- Médiane sous-ombilicale,
- Hystérectomie sub-totale,

Après changement complet de matériel.

Mise en place, sous la vessie par voie abdominale pure de 2 bandelettes taillées aux dépens de la gaine des droits de part et d'autre de la ligne médiane.

Le moignon du col est fixé sous tension au promontoire.

Les bandelettes aponévrotiques croisées en X sous la vessie sont fixées en arrière au même niveau par les mêmes fils.

Ces bandelettes mises en tension latéralement par les ligaments ronds.

Périnéorraphie postérieure.

Les suites opératoires furent allongées par des troubles de l'état général pendant 4 semaines.

La malade devait décéder 6 mois après cette intervention d'un cancer primitif du foie sans qu'aucune infection ou récidive ne se soit manifestée au niveau du périnée.

2ème observation :

- Madame G..., 43 ans :

- Grosse uréthro-cystocèle,
- Hystérocèle importante,
- Petite rectocèle,
- Utérus fibromateux, 14 cm, hystérométrie,

- Allongement atrophique du col.

Le 29.4.1963 :

- Amputation du museau de tanche par voie vaginale,
- Médiane sous-ombilicale,
- Hystérectomie sus-isthmique avec conservation ovarienne,

Après changement complet de matériel.

Mise en place, par voie abdominale pure, d'un hamac cutané dont les branches antérieures sont fixées aux Cooper.

Le moignon cervico-isthmique est fixé au disque sous-tension.

Les branches postérieures du hamac amarrées au même niveau par les mêmes fils.

Périnéorraphie postérieure.

Les suites immédiates furent difficiles, nous en reparlerons en temps utile.

Le résultat deux ans plus tard est excellent sur le plan local.

Là encore, la séparation complète des 2 temps, l'absence de tout contact - du moins théorique - de la prothèse avec une cavité septique, nous permettent d'inclure ces 2 observations dans ce travail.

Dans les 2 observations, l'hystérectomie sub-totale était préférable de manière à garder un élément solide pour amarrer en arrière le tube génital. Ceci démontre l'intérêt que nous accordons à cette pexie, qui reste pour nous un temps essentiel de la cure des cystocèles. C'est cette sauvegarde d'un point d'appui résistant qui explique la complexité relative de la deuxième intervention. L'hystérectomie totale a été réalisée dans le seul cas où il était nécessaire d'obtenir une pièce entière pour un diagnostic anatomo-pathologique devant des métrorragies post-ménopausiques.

Remarquons pour terminer que dans ces trois dernières observations, le matériel de prothèse a été deux fois la peau, une fois l'aponévrose plus aptes à se défendre contre une éventuelle infection torpide qu'un tissu synthétique.

CHAPITRE IV

INCIDENTS ET ACCIDENTS PER ET POST-OPERATOIRES OBSERVES

Après avoir envisagé les malades et les techniques qui leur furent proposées, étudions les incidents per-opératoires et les suites opératoires.

1/ - Complications per-opératoires :

Aucun incident n'est à signaler dans les cysto-colpo-hystéropexies simples ou avec prothèse. Nous aurons donc uniquement en vue les accidents lors des interpositions.

Nous ne nous arrêterons pas sur les incidents dans la découverte du disque, étudiés dans des travaux récents.

Deux fois le promontoire était masqué par la convergence des veines iliaques primitives et l'amarrage se fit en regard de SI.

Plus importantes sont les complications lors du décollement uro-génital. Elles sont de trois ordres : hémorragiques, urinaires, vaginales.

A - Complications hémorragiques :

Ce sont les plus fréquentes, une hémorragie notable a été signalée dans 13 observations.

Elle survient toujours lors du passage au travers des lames saggitales unissant la vessie au vagin de part et d'autre du col. Ces lames contiennent quelques artérioles à destinée vé-

sicale venant des branches de l'utérine et de la vaginale longue et surtout des veines souvent volumineuses reliant les plexus vésical et utéro-vaginal. En outre, il existe parfois de grosses veines latéro-uréthrales sur la face antérieure du vagin débordant même sur les releveurs.

Il s'agit constamment d'hémorragies veineuses de petite ou moyenne abondance, qui se collectent dans le Retzius à un degré moindre dans le décollement vésico-vaginal. Elles débutent au moment de la perforation des lames saggitales par l'instrument mousse. Ce sont les veines de ces lames ou les plexus péri-uréthraux qui sont lésés.

Le traitement en est délicat ; on peut parfois réaliser une hémostase à l'aiguille montée d'une veine pré-vaginale, le plus souvent toute tentative directe apparaît difficile et risque d'être offensante pour la vessie, l'urèthre ou le vagin.

C'est la compression directe par le Retzius au besoin associée à l'application de Spongel et thrombase qui donne les meilleurs résultats. Cette compression peut également être réalisée plus efficacement en mettant rapidement en tension les bandelettes antérieures du hamac.

Pour cette raison lorsque l'hémorragie survient au moment de la perforation par l'instrument mousse, si l'on est certain que le point de passage est correct par rapport au col vésical, il faut sans se préoccuper de l'hémorragie ramener très rapidement un fil guide dans le décollement vésico-vaginal puis tamponner au doigt par le Retzius ce fil étant en place.

Si l'hémorragie cède, on attire dans le Retzius la bandelette antérieure que l'on met en tension rapidement.

Si l' hémorragie ne cède pas, le passage des bandelettes et la mise en tension de la fourche sous uréthrale amènent toujours un arrêt du saignement.

Il semble prudent de renoncer à toute tentative d'hémostase directe mais aveugle, les méthodes de compression ci-

dessus exposées, ont donné dans les 13 cas un résultat parfait puisque 4 fois seulement la persistance d'un petit suintement lors de la fermeture pariétale a amené par précaution à laisser en place un drainage dans le Retzius.

Sur le plan général, aucune des ces hémorragies n'a été inquiétante, il est bon de prévoir cependant un ou deux flacons de sang. Enfin, aucun accident vasculaire même mineur n'a été relevé chez ces malades pourtant âgées et parfois scléreuses.

Une fois sur 13, une hémorragie associée à une plaie vaginale amena à renoncer au hamac promonto-pubien, nous allons en reparler.

Il est remarquable à propos de ces accidents hémorragiques de noter qu'aucun n'est venu compliquer un décollement uro-génital avec dissection uréthro-vaginale première bien qu'anatomiquement on décrive un plexus uréthral relié en avant du col au plexus vésical et qu'il existe une veine dorsale du clitoris longeant l'urèthre. L'explication en est simple, la découverte dans le Retzius de varicocèles entourant l'urèthre et masquant la paroi vaginale fait rapidement renoncer à toute dissection, mais de telles veines ne sont ni constantes ni volumineuses chaque fois.

Dans le même ordre d'idée, des difficultés de dissection du Retzius, des ennuis dans le décollement vésico-vaginal par voie haute, la présence de plexus veineux pré-uréthraux ont conduit une dizaine de fois depuis 1959, les mêmes opérateurs à renoncer à un hamac promonto-pubien par voie abdominale le plus souvent la même prothèse a été mise en place en s'aidant d'une dissection par voie vaginale antérieure plus ou moins poussée. Ces cas sont évidemment exclus de ce travail.

Nous pensons actuellement qu'en présence des mêmes difficultés, nous réaliserions plutôt une cysto-colpo-hystéropexie par prothèse associée au besoin à une intervention de soutènement uréthral. C'est ce qui a été fait dans un cas de

la présente série devant de gros plexus veineux pré-cervicaux.

B - Complications urinaires :

Rares, mais graves. Deux plaies vésicales sont à déplorer toutes deux lors de la dissection uro-génitale par le Retzius.

La première, lors d'une intervention de lère main, plaie de la face antérieure de la vessie au-dessus du col pendant la dissection. La plaie reconnue est suturée en 2 plans au fil résorbable. L'intervention se poursuit par mise en place d'un hamac promonto-pubien de tergal.

- Drainage du Retzius.
- Sonde à demeure 10 jours.

Les suites sont simples, le résultat éloigné parfait.

La deuxième malade ayant subi une intervention de type Manchester en 1963 est réopérée un an plus tard pour récidive de Cystocèle et incontinence urinaire.

Dissection uréthro-vaginale très difficile dans le Retzius, on parvient à rejoindre les 2 décollements et à mettre en place un hamac cutané dont les branches antérieures sont fixées aux Cooper. Ce n'est qu'après cette fixation que l'on s'aperçoit d'une fuite urinaire. Il existe une plaie du bord gauche du col vésical. Pour réparer cette brèche convenablement, on est obligé de défaire la fixation antérieure puis, pour ne pas laisser la fourche sous-uréthrale au contact même de la suture, on renonce à la partie antérieure du hamac conservant seulement la portion postérieure étalée sous le plancher vésical.

- Sonde vésicale à demeure 12 jours.
- Drainage du Retzius et de l'espace sous-péritonéal.

Suites relativement simples en dehors d'une infection urinaire, mais à distance récidive complète de l'incontinence seule, nous en reparlerons aux résultats.

Les deux fois, il s'est agi de plaies proches du col vésical en cherchant à disséquer au plus près par le Retzius, dans un cas au moins cette dissection fut jugée très laborieuse.

Pour éviter au maximum ces accidents, on ne peut se fier que sur le repère de la sonde uréthrale, repère lui-même fuyant au moment de la dissection. Il est en effet impossible de travailler sur une vessie distendue qui, certes, donnerait des limites précises, mais masquerait complètement le champ opératoire.

Dans le passage au travers des piliers de la vessie, une bonne dissection préalable de ces formations par leurs deux faces, une fine lame glissée dans le décollement vésico-vaginal et attirant la vessie en haut, le passage de l'instrument au contact et sous le contrôle du doigt vaginal met plus à l'abri d'une blessure vésicale, mais expose à des plaies veineuses totalement imprévisibles comme nous l'avons vu.

Quoiqu'il en soit de l'étiologie, il importe surtout de reconnaître et de traiter immédiatement de telles plaies. Sous la protection d'un draînage vésical d'une dizaine de jours, par sonde, l'évolution en est habituellement favorable comme dans ces deux observations.

Aucune malade ne présenta de fistule urinaire tardive venant traduire une plaie méconnue, d'ailleurs dès que la dissection a été tant soit peu laborieuse, il convient de réaliser en fin d'intervention, ou avant mise en place de la plastie une épreuve d'étanchéité vésicale au bleu de Méthylène dilué dans du sérum physiologique et introduit sous pression modérée par la sonde vésicale jusqu'à l'obtention d'un globe consistant. Cette épreuve a été pratiquée systématiquement au moindre doute quant aux limites de la dissection. On peut même compléter cette "épreuve au bleu" par une cystoscopie per-opératoire. En outre, la présence d'urines sanglantes en fin d'intervention ne traduit pas forcément une plaie urinaire.

C/ - Lésions vaginales :

- Une plaie du vagin sur l'ensemble des malades.
- Plus le vagin est distendu et plus le risque est grand.
- Il s'agissait en effet d'un prolapsus total antérieur extériorisé, indication à un hamac promonto-pubien.

La traversée de la lame saggitale droite vésico-vaginale en regard du col par un passe-fil mousse, détermine une brèche vaginale et une hémorragie du Retzius difficile à contrôler.

L'existence de grosses veines, à gauche du col vésical fait renoncer au grand hamac. On réalise une cysto-colpo-hystéropexie par prothèse de Tergal associée à une suspension uréthrale par bandelette cutanée selon la technique de Goebbel-Stoeckel modifiée.

Péritonisation sans drainage.

La plaie vaginale qui était en fait une simple ponction par le passe-fil a été négligée, mais il est certain qu'un temps septique minime est intervenu et que cette observation est à la limite du cadre de ce travail.

Cette plaie est survenue lors du franchissement du pilier vésical, le contrôle du doigt vaginal doit permettre de l'éviter, mais avec juste raiscn on a tendance à se tenir au plus près du vagin, au plus loin de la vessie car il est préférable de réaliser un temps non aseptique que de perforer la paroi urinaire en un point où la suture serait très difficile, nécessitant une libération complète par ligatures étagées du pédicule de la corne vésicale, puis du pilier de la vessie avec dissection de l'uretère terminal comme dans un Wertheim.

D/ - Pour être complet sur ce chapître des incidents opératoires, signalons qu'une fois, lors d'une manoeuvre malencontreuse dans le Retzius en fin d'intervention, la bandelette

antérieure gauche d'un hamac cutané fut arrachée de son insertion, effilochée et peu apte à une nouvelle fixation. Elle fut remplacée sans difficulté par un court ruban de Nylon fixé à la fourche sous-uréthrale et au Cooper gauche.

2/ - Le problème du drainage :

Nous venons de voir qu'il s'est imposé 6 fois devant des complications opératoires.

4 suintements hémorragiques persistant dans le Retzius furent drainés, 3 fois par drainage aspiratif, 1 fois par un drain de PENROSE.

Les 4 fois, l'épanchement évacué est minime, le drain enlevé rapidement.

Deux plaies vésicales amenèrent à drainer deux fois le Retzius par Penrose, dans un cas fut associé un drainaga aspiratif sous la péritonisation antérieure vésico-utérine, les 2 drains de Penrose purent être rapidement enlevés.

En dehors de ces 6 cas, l'absence de drainage est de règle. En effet, 5 seulement des 64 malades restantes furent drainées:

- 1 fois un Penrose sous-péritonéal fut laissé au contact d'une loge de myomectomie antérieure, c'est une technique assez courante lors de telles énucléations,
- 1 fois après hystérectomie totale, 2 Penrose furent laissés dans le Retzius, 1 drain aspiratif sous-péritonéal au contact du moignon vaginal,
- 1 malade ayant bénéficié d'une Douglassectomie eut un double drainage aspiratif dans le Retzius et sous-péritonéal,
- Enfin, dans 2 compte-rendus opératoires de prothèse sous-vésicale habituelle, le drainage a été réalisé de façon plutôt systématique, Penrose dans le Retzius associé une fois à un drainage aspiratif sous-péritonéal.

3/ - Suites opératoires :

Une sonde vésicale est habituellement laissée en place 3 à 6 jours, qu'il y ait ou non cure d'incontinence urinaire.

Les malades ne reçoivent ni antibiotiques, ni anticoagulants de façon systématique.

Une mobilisation précoce des membres inférieurs au lit est demandée à toutes les opérées.

Ainsi surveillées, les complications post-opératoires peuvent être envisagées sous l'angle de la chirurgie en général, sous l'angle plus particulier de la méthode proposée.

A - Complications communes à toute chirurgie :

Aucune mortalité per ou post-opératoire.

a - Complications thrombo-emboliques :

Nous avons noté deux phlébites des membres inférieurs, d'évolution banale sous traitement médical.

Une phlébite superficielle de jambe.

Une embolie pulmonaire typique cliniquement et électrocardiographiquement, l'évolution en a été favorable sous traitement symptomatique et anticoagulant.

Un foyer pulmonaire de la base droite avec petite réaction pleurale, chez une malade arythmique en discrète insuffisance cardiaque. L'atteinte parenchymateuse qui se surinfecta a été rapportée à un embol parti des membres inférieurs malgré la difficulté d'interprétation des signes cliniques et électrocardiographiques. L'évolution trainante de cette pneumopathie nécessita une hospitalisation de 46 jours, la plus longue de la présente série.

Rappelons au sujet de ces complications, que, sauf indication impérieuse, les malades ne sont jamais soumises au traitement anticoagulant post-opératoire systématique.

b - Incidents de cicatrisation :

2 abcès de paroi sur la cicatrice médiane s'éliminèrent

spontanément par légère désunion cutanée au 10ème jour post-opératoire sans allonger la durée d'hospitalisation. Une des deux malades présenta tardivement une éventration, nous en reparlerons.

Un hématome constitué à bas bruit sous la médiane se surinfecta secondairement et nécessita une réhospitalisation pour évacuation chirurgicale un mois après la sortie.

c - Troubles du transit :

Une seule des 70 opérées eut des difficultés à rétablir un transit digestif normal, elle avait bénéficié d'une castration chirurgicale bilatérale pour endométriose dans le même temps que la mise en place d'une prothèse sous-vésicale. Le traitement médical amena la guérison, simplement.

Ce seul incident de troubles du transit peut être mis au passif de la voie abdominale, les trois accidents infectieux sur la cicatrice étant compensés par l'absence de suppuration éventuelle d'un temps vaginal antérieur.

B - <u>Complications plus particulières à la technique</u> :

a - Les complications urinaires :

= Les unes sont banales à type de dysurie et pollakiurie.

Elles sont fréquentes dans les jours qui suivent l'ablation de la sonde vésicale. Elles ne peuvent être mises au passif de la méthode car elles sont habituelles après cure de prolapsus quelle que soit la technique et se voient même, uniquement après mise en place d'une sonde à demeure.

Elles ont pris une certaine importance dans 11 observations, mais l'évolution en a toujours été bénigne et rapidement favorable sous traitement médical, sulfamides urinaires, acidifiants antispasmodiques.

- Infections urinaires :

2 fois une pyurie plus importante est à signaler.

a - La première succédé à l'observation de plaie du col vésical

que nous avons rapportée. La sonde à demeure resta en place 12 jours, à son ablation une rétention d'abord complète, puis incomplète nécessita des sondages répétés. Le résidu vésical ne devint nul qu'au 15ème jour, mais l'infection urinaire persista deux mois avec un épisode de pyurie, douleurs lombaires et élévation thermique à 40°, jugulée par les antibiotiques.

Au deuxième mois post-opératoire , les urines étaient stériles, le résidu nul, les fonctions urinaires parfaites, l'urographie intraveineuse normale. Très rapidement ensuite l'incontinence devait récidiver. Nous en reparlerons.

b - La deuxième succéda à l'observation de plaie vaginale que nous avons relatée. L'intervention se termina par une cysto-colpo-hystéropexie par prothèse associée à une suspension uréthrale par bandelette cutanée. A l'ablation de la sonde au 3ème jour, une rétention complète impose des sondages répétés pendant 3 jours. Une pyurie intermittente persiste 1 mois avec un épisode fébrile des douleurs lombaires droites.

Au deuxième mois post-opératoire, les urines sont stériles, il n'existe aucun trouble fonctionnel urinaire, l'urographie intra-veineuse est normale, mais il persiste un résidu vésical.

Dans la première intervention, l'origine de l'infection peut être trouvée dans la plaie vésicale, dans la seconde nous ne pensons pas que la plaie vaginale puisse être incriminée. Par contre, dans les deux cas, il y eut rétention urinaire et sondages répétés chez des malades qui, par ailleurs, présentèrent pendant plusieurs jour un résidu notable après reprise des mictions.

L'étiologie la plus vraisemblable reste donc une infection lors du sondage et ces deux accidents ne sont pas imputables à la technique.

= Troubles plus particuliers de la miction :

Ils se manifestent sous forme de rétention ou d'incontinence.

Huit malades présentèrent une rétention post-opératoire à l'ablation de la sonde vésicale, rétention d'abord complète puis incomplète avec résidu diminuant rapidement pour devenir nul en une dizaine de jours habituellement.

Nous venons de voir deux de ces malades qui présentèrent une infection urinaire :

- l'une récidiva en incontinence au 3ème mois,
- l'autre garde un résidu notable au 6ème mois.

Les 6 malades restantes eurent une évolution beaucoup plus favorable sous traitement antispasmodique, mais dans deux cas il fallut attendre le 20ème jour après ablation de la sonde pour voir disparaître tout résidu.

Dans l'étiologie de ces rétentions, on peut admettre une irritation du col vésical par la sonde à demeure uréthro-trigonite des anglo-saxons, ou peutêtre une irritation nerveuse lors de la dissection péri-cervicale, zone particulièrement reflexogène. En fait, il est plus logique d'envisager uniquement le réglage de tension de la fourche sous-uréthrale comme on le voit dans les suspensions simples pour incontinence. En effet, 6 de ces 8 malades présentaient une incontinence pré-opératoire.

5 bénéficièrent d'un hamac de Nylon.

1 cysto-colpo-hystéropexie par prothèse avec suspension uréthrale.

Il s'agit donc en général d'un incident bénin, transitoire, non intégralement imputable à la technique.

8 malades présentèrent une incontinence orthostatique d'urine à l'ablation de la sonde, le plus souvent incontinence à l'effort d'amélioration particulièrement lente.

C'est là un incident regrettable et imprévisible car si la moitié de ces femmes présentait une incontinence avant l'intervention, l'autre moitié était indemne de troubles urinaires.

L'évolution a été longue, peu influencée par les médications classiques (vitamine E notamment).

Une seule fut transitoire, disparut dès le 10ème jour post-opératoire, ne se manifesta plus par la suite chez une malade traitée par hamac cutané pour utéthrocystocèle sans incontinence.

Une disparut lentement en un mois, mais 6 mois après une cysto-colpo-hystéropexie simple pour hystérocèle et cystocèle sans incontinence, la malade présente encore de la dysurie de temps à autre.

Une s'améliora lentement, la malade gardait au 4ème mois post-opératoire des mictions impérieuses au réveil alors qu'elle était parfaitement continente avant l'intervention.

Une pertiste, très discrète aux gros efforts 4 mois après hamac pour uréthro-cystocèle sans incontinence.

Parmi les 4 malades qui présentaient une incontinence pré-opératoire :

Une cysto-colpo-hystéropexie par prothèse associée à une suspension uréthrale à la peau garde une incontinence d'effort très améliorée au 3ème mois post-opératoire.

Deux hamacs en organza de nylon conservent deux ans après l'intervention :

- l'une une miction impérieuse au réveil et c'est tout,
- l'autre une incontinence modeste aux gros efforts.

La dernière observation conserne un hamac de nylon, l'incontinence se manifesta dès l'ablation de la sonde et allait s'accentuer jusqu'à devenir incontinence orthostatique permanente complète que nous reverrons.

Si dans ces quatre derniers cas on peut parler uniquement d'échec de la méthode, les 4 précédents mettent directement en cause la technique qui a déterminé 4 fois l'apparition d'une incontinence urinaire. Que l'on accuse des lésions nerveuses

pendant la dissection du col vésical, où la nouvelle position donnée aux organes urinaires? La responsabilité de l'acte chirurgical est patente.

L'évolution chez ces malades non incontinentes en pré-opératoire semble heureusement lentement favorable, mais cet incident ne lasse pas d'être inquiétant.

b - Complications rachidiennes :

Nous nous sommes particulièrement attachés à leur recherche et en reparlerons à propos des résultats. En post-opératoire immédiat, aucune de nos 70 malades ne présenta le moindre trouble rachidien d'allure infectieuse, bien qu'aucune antibiothérapie ne fut mise en oeuvre systématiquement.

c - Reste à envisager une complication très particulière dont voici l'observation :

- Madame G..., 43 ans :
  - Uréthrocystocèle importante, Hystérocèle,
  - gros utérus fibromateux.

  Le 29.3.1963 selon une technique déjà précisée :
  - Amputation vaginale du museau de tanche,
  - Hystérectomie sus-isthmique,
  - Fixation du moignon isthmique au promontoire,
  - Hamac sous-vésical promonto-pubien en peau,
  - Périnéorraphie postérieure.

Les suites opératoires sont marquées par un accès fébrile au 13ème jour, mal étiqueté, cédant aux antibiotiques lentement, la malade quitte le service le 27ème jour.

Des douleurs sciatiques droites apparaissent en Juin 1963. La malade connaît ces douleurs car elle a été opérée en 1959 d'une hernie discale et présentait les mêmes troubles avant l'intervention.

Ces douleurs sciatalgiques vont s'accentuer progressivement, en juillet apparaît un oedème blanc, dur du membre inférieur gauche, un syndrome fébrile qui conduit à la réhospitalisation.

Le 12 juillet devant la persistance du syndrome infectieux à 40, l'accroissement de l'oedème du membre inférieur gauche, on est amené à réintervenir.

Médiane itérative.

Aucune anomalie de la fixation au promontoire qui est souple sans aucune trace d'infection.

Par contre, dans l'espace de Bogros gauche, il existe un aspect inflammatoire diffus avec grosse lymphangite noyant le pédicule iliaque externe.

Drainage du Bogros.

L'amélioration sera rapide avec défervescence thermique en 5 jours. Il semble bien s'agir d'une complication infectieuse en rapport avec l'amarrage antérieur du hamac. Rappelons que chez cette malade un temps septique d'hystérectomie subtotale avait été associé pourtant avec de grandes précautions.

L'évolution ultérieure fut excellente sur le plan du prolapsus par contre l'oedème du membre inférieur gauche diminua très lentement malgré de nombreux traitements locaux et généraux, cette femme présente 2 ans après un oedème résiduel de jambe gauche.

Quant aux douleurs sciatalgiques, elles se manifestent de temps à autre sans modification par rapport au pré-opératoire.

Il s'agit donc d'un accident entièrement imputable à la méthode et probablement à une erreur de technique. Malgré les précautions prises, une faute d'aseptie a permis l'inoculation de l'espace de Bogros ou l'infection se développa à bas bruit pendant 3 mois entraînant progressivement une compression de la veine iliaque externe.

Un tel accident doit rendre particulièrement circonspect quant à l'association d'une intervention septique quels que soient les égards portés au risque infectieux.

C - Morbidité :

Nous avons enfin voulu nous rendre compte grossièrement des suites opératoires comparées à celles d'autres techniques.

Nous nous sommes basés empiriquement sur le délai d'hospitalisation post-opératoire en reprenant uniquement les malades traitées en milieu hospitalier.

Les 38 malades de cette série répondant à ces normes ont eu une hospitalisation après l'intervention de 17 Jours en moyenne avec des extrêmes de 10 à 46 jours.

L'ensemble des malades traitées par une autre technique durant la même période (de 1959 à début 1965), par la même équipe chirurgicale dans les mêmes conditions hospitalières, une moyenne de 20 jours post-opératoires.

Même en excluant les techniques type ROUHIER s'adressant à des malades âgées dont la durée d'"hébergement" fut plus longue pour des multiples raisons, la moyenne de la durée d'hospitalisation pour toutes les autres techniques est de 18 jours.

De tels chiffres nous permettent de conclure que quelles que soient les difficultés techniques des méthodes proposées, les suites opératoires sont parfaitement comparables à celles des autres interventions sinon meilleures.

Les indiaations étant bien posées, ce n'est pas la crainte de suites orageuses qui peut faire renoncer.

CHAPITRE V

RESULTATS OBSERVES

Toutes les malades ont été opérées lors des six dernières années. Nous n'avons donc qu'un recul modeste et ne pourrons étudier que des résultats à court et moyen termes.

Nous nous sommes plus particulièrement attachés à vérifier :

- le résultat anatomique du soutènement vésical,
- le résultat sur le plan urinaire,
- les troubles rachidiens.

Nous envisagerons ces résultats en fonction de la technique utilisée, du matériel de prothèse, des divers types de prolapsus. Mais avant d'aborder ce chapître directement en rapport avec la méthode, nous signalerons quelques complications d'ordre plus général.

1/ - Observations utilisables :

Sur 70 interventions, 7 ont un recul de quelques semaines et ne peuvent être prises en considération, 11 malades n'ont pas été revues depuis l'opération. Il reste 52 dossiers dont nous connaissons l'évolution avec un recul variable.

2/ - Complications d'ordre général :

= 4 malades ont présenté, dans les suites, une éventration sur la cicatrice de médiane sous-ombilicale. Il s'agissait de femmes âgées respectivement de 57, 58, 60 et 61 ans ;

- une éventration succéda à un abcès de paroi, une autre à une médiane itérative,
- trois étaient assez importantes ou fonctionnellement gênantes pour nécessiter une réintervention. Chaque fois facile.

Une de ces trois opérées élimina par la suite des fils de paroi non résorbables. Elle avait bénéficié d'un hamac en organza de nylon vis-à-vis duquel elle n'a jamais manifesté le moindre incident d'intolérance.

La quatrième est une petite déhiscence péri-ombilicale n'entraînant aucun trouble fonctionnel et pour laquelle aucune correction chirurgicale n'est envisagée dans l'immédiat.

Il est intéressant de noter que chez des femmes relativement jeunes, après intervention, théoriquement aseptique, le pourcentage de "lachage pariétal" est relativement important. Ce fait tend à démontrer qu'outre le traumatisme obstétrical, il existe peut-être dans la genèse de ces prolapsus un facteur plus général de défaillance des tissus de soutien.

= Neuf malades signalèrent dans les premiers mois post-opératoires, une étroitesse vulvaire avec dyspareunie orificielle. Il ne fut jamais nécessaire d'intervenir pour débrider le périnée postérieur. L'évolution a été chez toutes ces malades une récupération progressivement normale de la fente vulvaire et de sa fonction.

La myorraphie des releveurs et des muscles superficiels est seule responsable. Le pourcentage de cet incident est le même dans les périnéorraphies postérieures associées à une autre technique.

= Une malade enfin présente, deux ans après l'opération, un oedème résiduel du membre inférieur gauche secondaire à un accident septique de l'espace de Bogros, nous nous sommes déjà expliqués à son sujet.

3/ - Résultats plus particuliers de la technique :

A - Généralités :

Sur le plan anatomique, notre étude a porté sur :

- l'existence de troubles fonctionnels, pesanteurs, douleurs abdominales basses,
- l'examen clinique de la vulve au repos à la poussée,
- la recherche de la situation du col utérin,
- pour éliminer la compensation par le périnée postérieur, nous avons associé un examen de la paroi antérieure en maintenant fortement à l'aide d'une valve de spéculum le vagin postérieur vers l'arrière et en demandant à la malade de pousser,
- enfin, nous avons recherché une descente éventuelle du col utérin à la poussée entre les 2 valves du spéculum refoulant les parois antérieure et postérieure du vagin.

Nous considérons les résultats comme très bons sur :

- Absence de troubles fonctionnels,
- Pas de béance vulvaire,
- Aucun déroulement vaginal antérieur à la poussée, même en maintenant le vagin postérieur,
- Col utérin haut situé absolument fixe,
- Perception des bandelettes antérieures sous tension dans les hamacs. Cette perception est très nette dans les premiers mois post-opératoires. Elle s'estompe progressivement ensuite et l'on ne perçoit qu'une tension élastique de toute la paroi antérieure.

Nous considérons comme "résultats bons" :

- Aucun trouble fonctionnel,
- Pas de béance béance vulvaire,
- Aucune colpocèle à la poussée,
- Col haut situé immobile,
- mais en maintenant le périnée postérieur, déroulement vaginal antérieur discret à l'effort,

- ou perception d'une bandelette dont la tension semble relâchée.

Nous voudrions nous expliquer d'emblée sur le déroulement vaginal à la poussée. Nous l'avons noté dès les premiers examens en post-opératoire ; il ne nous a jamais paru être l'amorce d'une cystocèle, mais plutôt le résultat d'une certaine exubérance de la paroi vaginale antérieure sous un hamac maintenant bien la vessie. En effet, l'exécution par voie abdominale pure du temps antérieur, prive des possibilités de colporraphie et dans certains prolapsus importants, même après amarrage au promontoire, il persiste une paroi vaginale un peu trop longue, floche sous le support vésical. Nous avons rencontré ce phénomène chez 8 malades, toutes traitées par grand hamac et dont en pré-opératoire 3 présentaient un prolapsus total antérieur extériorisé, 2 une récidive après "Manchester", 2 d'énormes cystocèles.

Enfin, nous considérons comme "échec" toute récidive même partielle d'uréthro-cystocèle, toute mobilité anormale du col utérin.

- Sur le plan urinaire :

Nous avons étudié par interrogatoire minutieux les moindres troubles fonctionnels, brûlures à la miction, fréquence des mictions, diurnes et nocturnes, miction en plusieurs temps, etc ...

Nous avons recherché la moindre incontinence (quelques gouttes aux gros efforts), les possibilités et la durée de la continence.

L'existence de crises douloureuses lombaires avec fièvre pouvant faire évoquer une infection ascendante.

Cliniquement, recherche d'un résidu vésical, recherche d'une incontinence d'effort sur table en maintenant le périnée postérieur.

Au moindre doute, nous avons fait pratiquer des examens complémentaires mais ni l'urographie intra-veineuse,

ni l'examen cyto-bactériologique des urines n'ont été faits systématiquement.

Nous considérons comme résultats "très bons" :

- Absence de tout signe fonctionnel,
- Mictions normales,
- Continence normale quelles que soient les circonstances.

Nous considérons comme "bons" :

- Des mictions normales,
- une continence normale en toute occasion,
- l'existence d'épisodes discrets et transitoires de dysurie ou pollakiurie, n'entraînant aucune gêne dans l'activité des malades.

Nous considérons comme "moyens" :

- Des mictions normales,
- l'absence de toute incontinence,
- mais des mictions impérieuses,
- une dysurie ou une pollakiurie plus ou moins durable nécessitant un traitement médical.

Toute incontinence minime, tout résidu sont considérés comme "médiocres".

Une incontinence importante comme "échec".

- Sur le plan rachidien :

Nous avons recherché l'existence de douleurs, leurs caractères, leur siège, leur fréquence.

Etudié la statique rachidienne,
Comparé les résultats à ceux de l'examen pré-opératoire,
Fait pratiquer des radiographies au moindre doute.

Nous considérons comme "parfait" :

- L'absence de toute douleur ou la persistance non aggravée de douleurs pré-existantes.

Tout trouble rachidien apparu depuis l'intervention est considéré comme un mauvais résultat.

Examinons avec de tels critères, les résultats des différentes techniques.

B - Résultats des Cysto-Colpo-Hystéropexies simples (3 cas) :

Une intervention est trop récente, les deux autres malades ont été revues à 6 mois.

- Sur le plan anatomique, 2 résultats sont très bons.
- Sur le plan urinaire, 2 résultats très bons alors qu'une malade a présenté une discrète incontinence post-opératoire,
- Sur le plan rachidien, 2 résultats parfaits, aucune douleur lombaire.

Soit : 2 résultats excellents avec, bien sûr, un recul trop modeste.

C - Résultats des Cysto-Colpo-Hystéropexies par prothèse (9 cas) :

Quatre interventions trops récentes, une malade non revue, quatre femmes ont été examinées à 6 mois.

- Sur le plan anatomique, résultats très bons (4),
- Sur le plan urinaire: résultats très bons (3),
  résultat médiocre (1).

Persistance d'un résidu vésical de 150 cc chez une femme ayant bénéficié d'une association de soutènement uréthral par bandelette cutanée selon "Goebbel-Stoeckel modifiée". Cette malade présenta dans les suites immédiates une rétention complète puis une infection urinaire grave. Son urographie intra-veineuse est normale, ses urines stériles. Seul le réglage de tension de la bandelette sous uréthrale est en cause, l'évolution se fera sans doute vers une amélioration progressive et bien que la malade incontinente en pré-opératoire se déclare satisfaite, nous sommes obligés de considérer ce résultat comme médiocre au 6ème mois.

- Sur le plan rachidien :

Trois malades ne présentent aucune douleur, une malade a conservé inchangées des lombalgies pré-opératoires, son cliché rachidien montre une arthrose lombaire.

Soit trois résultats excellents, un résultat médiocre, mais là encore un recul insuffisant.

D - Résultats des interpositions en hamac (58 cas) :

C'est la partie la plus intéressante. Deux interventions sont trop récentes. Dix malades ont été perdues de vue. Une malade est décédée 6 mois après l'intervention d'une tumeur maligne du foie, une autre deux ans et demi après l'opération d'un cancer du sigmoïde, elle avait été réexaminée avec un recul de 2 ans, nous compterons son résultat à cette date.

= Vingt malades ont été réexaminées avec un recul de 6 mois.

- Anatomiquement : 16 très bons résultats,
3 bons,
1 échec partiel.

Parmi les trois bons résultats, une exubérance du vagin antérieur, deux bandelettes perçues légèrement relâchées, un échec partiel récidive d'une discrète uréthrocèle.

- Du point de vue urinaire : 14 très bons résultats,
3 bons,
2 médiocres,
1 échec.

Parmi les trois bons résultats, une pollakiurie intermittente chez une incontinente post-opératoire, une pollakiurie intermittente chez une dysurique importante en post-opératoire, une dysurie d'apparition plus récente.

Deux résultats médiocres, une malade perd quelques gouttes aux gros efforts, elle était totalement incontinente en post-opératoire, une disctère incontinence d'effort dans une récidive d'uréthrocèle déjà comptée comme échec anatomique.

Un échec récidive complète d'incontinence malgré un excellent résultat anatomique.

Mis à part ces deux échecs que nous étudierons en détail, le troisième résultat médiocre à 6 mois doit s'améliorer.

Sur le plan rachidien :

Quinze malades n'ont aucun signe fonctionnel.

Quatre malades présentent les mêmes douleurs qu'avant l'opération,

Une malade se plaint de douleurs apparues depuis la cure du prolapsus, il s'agit en fait de douleurs dorso-lombaires que la malade localise "dans les reins". Cette malade par ailleurs dysurique, est examinée au point de vue urinaire actuellement.

= Huit malades ont été revues avec un recul de un an.

- Anatomiquement : 7 très bons résultats,
  1 bon (exubérance vaginale antérieure).

- Du point de vue urinaire :
  - 5 très bons résultats,
  - 1 bon (pollakiurie nocture par crise),
  - 1 moyen (mictions impérieuses),
  - 1 échec (récidive complète d'incontinence).

Cette récidive s'est manifestée dès le 4ème mois post-opératoire malgré un résultat anatomique BON. Nous reverrons son observation.

- Sur le plan rachidien :
  - 5 malades ne présentent aucune douleur,
  - 3 souffraient en pré-opératoire :
    = 2 ont des douleurs inchangées,
    = 1 se prétend très améliorée.

Soit 8 résultats parfaits.

= Deux malades ont été réexaminées avec un recul de 18 mois.

- Anatomiquement : 2 bons résultats (exubérance du vagin antérieur),
- Point de vue urinaire : 2 très bons résultats,
- Point de vue rachidien : 2 résultats parfaits :
  = l'une ne souffre pas,
  = l'autre a des douleurs identiques au pré-opératoire.

= Dix malades ont été réexaminées avec un recul de deux ans. Avec le même recul quatre autres ont répondu à un questionnaire précis. Deux avaient été réexaminées à 6 mois et 18 mois respectivement.

- Anatomiquement :

Bien que les quatre malades qui nous ont répondu se déclarent très satisfaites, nous ne retenons que les dix femmes examinées :

- 6 très bons résultats,
- 3 bons résultats (exubérance du vagin antérieur),
- 1 échec (récidive complète de cystocèle mais qui existait dès le 6ème mois post-opératoire). Nous le reverrons.

- Du point de vue urinaire :

L'interrogatoire étant très détaillé, nous pouvons retenir les 14 malades :

- 9 très bons résultats,
- 3 moyens (mictions impérieuses),
- 1 médiocre (perd quelques gouttes aux gros efforts. Cette malade avait présenté une incontinence post-opératoire sévère).

Enfin une malade qui présentait un résultat anatomique parfait, aucun trouble urinaire même minime, une continence spontanée normale, a perdu quelques gouttes d'urine à la poussée lors de l'examen sur table en maintenant fortement en arrière le périnée postérieur, nous la considérons comme résultat moyen.

- Sur le plan rachidien :
  - 14 résultats parfaits,
  - 9 malades ne présentent aucune douleur,
  - 5 présentent des douleurs comparables à leurs algies pré-opératoires dont une malade opérée 5 ans avant son prolapsus de hernie discale et qui garde depuis cette date des douleurs sciatalgiques droites transitoires.

= Enfin, une malade a été revue avec un recul de 3 ans, une autre avec un recul de 6 ans, une dernière a répondu à un questionnaire précis 3 ans après l'opération.

- Anatomiquement :
  - 1 résultat très bon à 6 ans,
  - 1 résultat bon à 3 ans (exubérance du vagin antérieur)

- Du point de vue urinaire :
  - 2 résultats très bons à 6 ans et 3 ans,
  - 1 résultat bon à 3 ans (dysurie par crises espacées),

- Sur le plan rachidien :
  - 2 résultats parfaits (aucune douleur),
  - 1 malade a été traitée pour hernie discale, nous en reparlerons.

En tenant compte que plusieurs des malades dont nous donnons les résultats à 1 an et plus ont été suivies régulièrement depuis l'intervention, jusqu'au dernier examen et que nous n'avons jamais observé de détérioration de l'état anatomique (en particulier les résultats considérés comme "bons" à cause d'une exubérance vaginale étaient tels dès le premier examen post-opératoire, les 2 échecs existaient précocement) que par ailleurs sur le plan urinaire, nous avons toujours assisté à une amélioration des symptômes fonctionnels gênants tels l'incontinence ou à des échecs très précoces, nous pouvons reprendre une étude globale de ces 45 malades par rapport aux signes cliniques pré-opératoires.

= Anatomiquement :
  - 30 résultats très bons,

- 10 résultats bons,
- 1 échec partiel,
- 1 échec total.

Trois malades ayant simplement répondu au questionnaire,sont satisfaites du résultat et ne présentent aucun trouble fonctionnel, elles ont vu disparaître toutes les manifestations gênantes qui les avaient conduites à se faire traiter.

Soit 43 résultats satisfaisants du point de vue du soutènement vésical sur 45 malades et ce quel que soit le type anatomique du prolapsus, qu'il soit ou non récidivé, qu'il s'agisse d'un prolapsus après hystérectomie ou non.

Nous avons enregistré 2 échecs que nous reverrons, ces résultats sur le plan anatomique sont la base essentielle de ce travail.

= Si nous reprenons les résultats du point de vue urinaire :

- 30 résultats très bons (18 malades étaient continentes avant l'opération, 12 présentaient une incontinence orthostatique),
- 5 bons,
- 5 moyens,
- 3 médiocres,
- 2 échecs complets.

- Les 2 échecs, que nous reverrons, concernent tous deux des récidives d'incontinence orthostatique dont l'une a même été légèrement aggravée.

- Des trois résultats médiocres, deux avec un recul de 6 mois doivent s'améliorer.

L'un concerne une femme continente en pré-opératoire mais qui présentait une cystite rebelle avec dysurie et pollakiurie permanente, elle a été guérie de ces troubles, mais perd quelques gouttes d'urine aux gros efforts.

Le deuxième constitue une amélioration notable d'une grande incontinence orthostatique pré-opératoire, mais s'accompagne d'une ébauche d'uréthrocèle.

Le troisième à 2 ans qui se manifeste par une très discrète incontinence aux gros efforts constitue pour la malade, grande incontinente avant l'intervention, une amélioration très appréciable.

- Des 5 résultats moyens :

Une malade incontinente en pré-opératoire est cliniquement totalement guérie. C'est la malade qui a présenté une discrète incontinence sur table en maintenant le périnée postérieur.

Les 4 autres présentent des mictions impérieuses (sous la forme d'une miction impérieuse unique au réveil rarement répétée dans la journée) peut-être en rapport avec une irritation du col vésical par la fourche sous-uréthrale lors de certains efforts musculaires (passage du décubitus à l'orthostatisme) ? Trois fois il s'agit de malades incontinentes en pré-opératoire à la marche, à la toux, à l'effort même minime. Une malade présente en outre une récidive de cystocèle.

- Des 5 malades dont le résultat est considéré simplement comme bon (épisodes de dysurie ou de pollakiurie très transitoires ne nécessitant aucun traitement) :

Trois étaient incontinentes en pré-opératoire,
Deux ne présentaient aucun trouble urinaire.

Mis à part ces deux dernières malades, les deux échecs et un des "résultats moyens", l'amélioration apportée par l'intervention a toujours été complète ou notable chez 40 malades sur 45.

= Sur le plan des troubles rachidiens :

- 30 malades ne souffrent absolument pas. Il en était de même avant l'opération,
- 13 malades présentaient des douleurs lombaires assez difficiles à systématiser. Douze gardent les mêmes douleurs peut-être un

peu atténuées pour certaines, une seule se prétend considérablement améliorée. Nous demandons à ces malades, algiques en préopératoire, de faire une gymnastique des muscles abdominaux,périnéaux et rachidiens, ce sont peut-être ces exercices qui expliquent certaines atténuations. De toute manière, aucune malade n'a vu ses douleurs aggravées par la promonto-fixation.

Une malade qui ne souffrait pas avant l'opération a vu apparaître au 6ème mois des douleurs en fait dorso-lombaires plus ou moins irradiées aux lombes. Elle fait actuellement l'objet d'un bilan urinaire et rachidien, mais le siège seul des douleurs permet d'exclure un accident lié à la fixation postérieure.

Une deuxième malade a été traitée 4 ans après l'intervention dans un centre de rhumatologie pour "hernie discale" sur laquelle nous n'avons pas de précisions. Après quelques séances de manipulation vertébrale, tout est rentré dans l'ordre et la malade ne présente actuellement aucun trouble.

Si nous ajoutons aux résultats de hamac les 6 malades traitées par Cysto-Colpo-Hystéropexie dont l'incidence rachidienne est identique, nous pouvons étudier 51 observations, 2 n'ayant pas bénéficié d'un amarrage au promontoire, il reste 49 interventions.

Nous n'avons jamais observé d'accidents septiques comparables à ceux rapportés récemment à l'Académie de Chirurgie. C'était là le deuxième but essentiel de ce travail.

Même avec certaines réserves pour deux malades, nous n'avons jamais observé non plus aucune discarthrose.

Ces résultats prouvent,s il en était besoin, la bénignité de la promonto-fixation à condition de la réaliser dans les meilleures conditions d'aseptie, bénignité que l'on retrouve même chez des malades arthrosiques.

E - Résultats des hamacs du point de vue anatomique sur le plan des détails techniques :

= Par rapport au matériel de prothèse :

Parmi les 30 résultats très bons , nous trouvons :

- 12 hamacs en organza de nylon,
- 11 en peau,
- 5 en tergal,
- 1 en aponévrose des droits,
- 1 en dacron.

Parmi les 10 résultats seulement bons :

- 6 hamacs en nylon,
- 1 en peau,
- 1 en tergal,
- 2 en aponévrose des droits.

1 échec partien : hamac en nylon.

1 échec total : hamac en bandelette de nylon technique originale sur laquelle nous allons revenir.

Si l'on se réfère au pourcentage de matériel employé, on ne peut tirer de ces résultats aucune exclusive contre tel ou tel d'entre eux. Nous nous sommes expliqués ailleurs sur leurs avantages et inconvénients respectifs.

= Par rapport à l'amarrage postérieur :

- Sur 30 résultats très bons :
  - 21 hamacs promonto-pubiens vrais,
  - 9 hamacs fixés en arrière sur l'isthme, lui-même amarré au promontoire avec 8 fois étalement du hamac.

- Sur 10 résultats simplements bons :
  - 9 hamacs promonto-pubiens,
  - 1 hamac arrêté sur l'isthme.

2 échecs, 2 hamacs promonto-pubiens vrais.

Il convient de noter à ce sujet l'excellence des résultats pour les hamacs amarrés à l'isthme puisque 9 ont donné de très bons résultats, 1 un résultat bon pour 10 réalisés. Ceci nous amène à prendre en considération l'importance de l'effet d'étalement, l'importance qu'il y aurait certainement à fixer plus souvent la fourche postérieure des grands hamacs directement à la face antérieure de l'isthme. Malgré tout, il convient de se souvenir que ces hamacs, fixés à l'isthme s'adressent plus volontiers à des prolapsus moins importants que ceux traités par hamac promonto-pubien et nous nous sommes déjà expliqués sur les "bons résultats" par exubérance de la paroi antérieure du vagin.

F - Résultats des hamacs du point de vue urinaire sur le plan des détails techniques :

= Par rapport au matériel de prothèse :

- 30 résultats très bons :
  - 16 hamacs en nylon,
  - 9 en peau,
  - 1 en tergal,
  - 1 en dacron,
  - 3 en aponévrose des droits.

- 5 résultats bons :
  - 2 hamacs en nylon,
  - 1 en peau,
  - 2 en tergal.

- 5 résultats moyens :
  - 3 hamacs en nylon,
  - 1 en peau,
  - 1 en tergal.

- 3 résultats médiocres :
  - 2 en nylon,
  - 1 en tergal.

- 2 échecs :

  - 1 hamac en tergal,
  - 1 hamac en peau.

Là encore, malgré un avantage discret pour le nylon qui n'a pas donné d'échec, on ne peut tirer aucune conclusion pratique.

= Par rapport au point d'amarrage des bandelettes antérieures :

- Sur 30 résultats très bons :

  - 7 fixations à travers la gaine des droits,
  - 15 aux ligaments de Cooper,
  - 5 aux épines du Pubis,
  - 3 bandelettes gardent leurs amarres antérieures.

- 5 bons résultats :

  - 1 fixation à travers les droits,
  - 3 fixations aux Cooper,
  - 1 aux épines pubiennes.

- 5 résultats moyens :

  - 2 fixations aux droits,
  - 2 aux Cooper,
  - 1 aux épines.

- 3 résultats médiocres : 3 fixations aux Cooper.

- 2 échecs : 1 fixation au Cooper, 1 fois les bandelettes furent supprimées pour réparer une plaie du col vésical.

Etant donné le pourcentage de ces différentes fixations, on ne peut tirer aucun résultat pratique de cette étude comme nous le laissions entendre dès la technique. C'est en fait seule la dissection du col vésical et la mise en place de la fourche sous-uréthrale qui sont responsables des troubles urinaires.

G - Nous n'avons pas étudié les résultats sur le plan rachicien, du point de vue de la technique. Dans toutes les obser-

vations, la fixation est toujours assurée par 2 fils de matériel non résorbable, le traumatisme opératoire est donc toujours du même ordre.

4/ - Etude des échecs :

a - Echec du point de vue urinaire au nombre de 2. Nous les étudierons en premier. Les 2 fois, il s'agit de récidive d'incontinence, malgré un résultat anatomique jugé bon une fois, très bon la seconde.

Première observation, nous la résumerons brièvement car nous l'avons déjà donnée ailleurs.

- Madame C... Georgette, récidive de Cystocèle, Hystérocèle et incontinence un an après une opération type Manchester.

Mise en place par voie abdominale pure d'un hamac cutané fixé en arrière à l'isthme, étalé par deux bandelettes latérales amarrées aux petits posas.

La fixation aux ligaments de Cooper, en avant doit être abandonnée en per-opératoire pour suturer une brèche du col vésical.

Amarrage direct de l'isthme au promontoire. Périnéorraphie postérieure.

Au retrait de la sonde vésicale le 10ème jour, rétention complète nécessitant des sondages répétés ; importante infection urinaire jugulée par les antibiotiques.

Au 3ème mois post-opératoire, fonctions urinaires parfaites, urines stériles, urographie intra-veineuse normale.

Dès le 4ème mois, récidive de l'incontinence, devenant rapidement ce qu'elle était en pré-opératoire.

Anatomiquement, déroulement vaginal antérieur par exubérance faisant classer le résultat comme BON dès les premiers examens, il se maintient tel au bout d'un an.

Sur le plan du prolapsus, la méthode est un succès. Elle est un échec sur le plan urinaire mais celui-ci était prévisible dans la mesure où n'existait aucune suspension sous uréthrale. La malade devra être reprise comme une incontinence urinaire isolée et traitée par un procédé simple.

Ce premier échec est donc aisément explicable par une erreur tactique d'ailleurs imposée par les circonstances, mais la malade est déjà guérie de son prolapsus.

Deuxième observation :

- Madame C... Hélène, 51 ans :récidive de Cystocèle et incontinence urinaire un an après opération par voie basse.

Le 8.5.1964 : mise en place par voie abdominale pure d'un hamac promonto-pubien en Tergal.

Les bandelettes antérieures fixées aux Cooper.

Les bandelettes postérieures avec l'isthme à l'aponévrose pré-vertébrale en regard de la lère vertèbre sacrée (promontoire masqué par la veine iliaque primitive gauche).

Périnéorraphie postérieure avec laçage à la peau.

Dès l'ablation de la sonde le 6ème jour, l'incontinence urinaire persiste et va aller s'aggravant jusqu'à être plus importante qu'en pré-opératoire et pratiquement orthostatique complète.

Six mois après l'intervention, le résultat anatomique est très bon, l'incontinence inchangée. Le colpo-cystogramme montre qu'il existe 3 cm en arrière et au-dessus du col vésical une incisure transversale permanente réalisant une véritable biloculation vésicale et une exclusion du col vésical hors de l'enceinte manométrique expliquant l'incontince (Docteur BETHOUX). La cystoscopie est impossible, aucune réplétion vésicale n'étant obtenue.

Le 27.11.1964 : reprise de médiane.

La vessie est très adhérente à la paroi antérieure et malgré une dissection prudente effraction de la paroi antérieure.

On profite de cette cystostomie pour explorer la cavité vésicale et on note une saillie transversale au niveau du trigone qui correspond à la fourche antérieure du hamac et confirme les résultats du colpo-cystogramme.

On va chercher par le Retzius les bandelettes de Tergal que l'on désinsère du pubis, ce qui amène un relâchement notable de la saillie intra-vésicale sans avoir tendance à faire se reproduire la cystocèle.

Les bandelettes sont réséquées au ras de leur émergence des piliers vésicaux afin de ne rien laisser dans le Retzius.

Puis on traite l'incontinence par une bandelette de peau sous uréthrale mise en place par voie mixte et amarrée à travers les droits.

Drainage du Retzius.

Suites simples.

Deux mois après cette réintervention, la continence urinaire était satisfaisante.

Quatre mois après, il persiste encore quelques pertes urinaires aux très gros efforts, mais l'amélioration est considérable et se poursuit.

Notons que sur le plan anatomique, le résultat a toujours été et reste très bon.

Il s'agit donc encore d'une erreur technique. La fourche sous-uréthrale du hamac n'était pas en place, le col vésical non soutenu et l'incontinence complète. Nous avons signalé cette possibilité dans l'étude des techniques. La faute a pu survenir soit au passage des fils guides, trop en arrière et non pas juxta-cervicaux, ou lors de l'amarrage au promontoire qui aurait attiré en arrière la fourche antérieure nonfixée au col vésical.

Cette malade a été réopérée, la mauvaise position du hamac vérifiée très soigneusement grâce au concours malheureux

d'une brèche vésicale involontaire, les bandelettes ont été relâchées, l'incontinence traitée par une technique simple, la malade est en voie de guérison complète.

Nos deux échecs urinaires concernent tous deux des récidives traitées une première fois par voie basse, les 2 fois les malades étaient incontinentes avant l'intervention. Mais, surtout, une explication simple d'erreur technique rend compte de ces deux échecs. C'est dire l'importance de la fourche sous-uréthrale et de sa situation exacte. Nous pouvons regretter de ne pas l'avoir amarrée directement au col vésical dans la seconde observation, nous aurions pu ainsi d'emblée vérifier sa mauvaise position ou la prévenir.

Il convient également de retenir que ces deux échecs urinaires n'ont nullement altéré le résultat anatomique malgré une réintervention dans le deuxième cas.

b - <u>Echecs du point de vue anatomique</u> :

Ce sont pour nous les plus importants, malheureusement, une seule observation est entièrement utilisable.

- 1ère observation, résumée, nous l'avons donnée ailleurs en détails.

- Madame J... Marcelle, 52 ans, récidive complète de Cystocèle et d'incontinence 3 ans après hamac promonto-pubien en peau mis en place par voie mixte.

Le 12.3.1962 : reprise du décollement vésico-vaginal uniquement par voie haute.

On met en place deux bandelettes d'organza de nylon de 1,5 cm de large croisées en X sous la vessie, fixées en avant aux épines pubiennes, en arrière avec l'isthme au promontoire.

Il est à noter que les bandelettes s'étalent mal sous la vessie et font "ficelle".

Aucun temps périnéal.

Dès le 6ème mois post-opératoire, il existe une ébauche de Cystocèle. Deux ans après récidive complète de Cystocèle, col utérin haut situé immobile, minime éventration péri-ombilicale, mictions impérieuses.

Cette évolution était presque prévisible puisque l'opérateur inscrivait déjà dans son protocole "les bandelettes s'étalent mal et font ficelle."

Remarquons qu'il ne s'agissait pas d'un vrai hamac, mais d'une modalité technique qui n'assure pas en fait une assise assez large au plancher vésical. Il est probable qu'à la poussée la vessie glisse à gauche ou à droite de cette corde tendue du promontoire au pubis.

Ce procédé qui n'a été utilisé que dans cette seule observation est à rejeter car il ne répond pas aux buts recherchés "créer sous la vessie un large berceau rigide dans lequel elle vienne s'appuyer à la poussée".

Cet échec anatomique est donc uniquement imputable à une erreur technique, mais ne met pas en cause les bases de la méthode.

2ème observation :

- Madame H... Amélie, 58 ans : Uréthro-cystocèle + Rectocèle discrète + Incontinence urinaire.

Le 22.2.1963 : mise en place par voie abdominale pure d'un hamac en organza de nylon.

Fixation des branches antérieures aux Cooper.

Fixation des branches postérieures au promontoire avec l'isthme.

Périnéorraphie postérieure.

Suites simples.

Au 6ème mois post-opératoire :
- Discrète récidive d'uréthrocèle,
- Petite incontinence d'effort.

Depuis ce moment la malade a été perdue de vue et n'a répondu à aucune convocation ou questionnaire.

S'agissait-il d'une mauvaise position de la fourche sous-uréthrale laissant persister une petite incontinence et glisser l'urèthre en avant ?

S'agissait-il simplement d'un déroulement vaginal antérieur par exubérance de la paroi que l'on connaissait très mal en 1963 et qui aurait été interprété comme uréthrocèle ? Cette éventualité ne nous paraît pas à rejeter.

Quoiqu'il en soit dans le doute et pour être complet nous compterons cette observation comme échec au moins partiel de la méthode ce qui est vrai sur le plan anatomique et sur le plan urinaire.

A part le doute qui subsiste quant à cette dernière observation, nous pouvons dire qu'en appliquant strictement la technique, une prothèse intervésico-vaginale fixée au pubis en avant, au promontoire plus ou moins directement en arrière et étalée sous la vessie assure au temps antérieur de la cure du prolapsus génital des chances de succès pratiquement constantes.

CHAPITRE VI

ESSAIS D'INDICATIONS

Il est évident que ces techniques nécessitent un temps abdominal de durée relative, dans les interpositions notamment. L'ouverture péritonéale reste pour certaines malades âgées un geste important, surtout si elle doit être large et prolongée. Par ailleurs, toutes les manoeuvres doivent être parfaitement aseptiques. Aussi convient-il de discuter ces méthodes non seulement en fonction de l'anatomie pathologique du prolapsus mais encore en fonction de l'âge des malades, de tares éventuelles des antécédents.

1/ - INDICATIONS EN FONCTION DU TERRAIN :

a - L'indication opératoire en matière de prolapsus génital doit toujours être mesurée et réfléchie. C'est dire que l'intervention ne sera proposée qu'à des malades manifestement très gênées par leurs troubles fonctionnels ; soit du fait de grands dégâts anatomiques, soit parce que, encore jeunes, ces femmes mènent une vie très active et là, souvent, la décision n'est prise qu'après échec d'un traitement médical.

b - Des contre-indications, d'ordre général, à une coeliotomie peuvent exister chez certaines malades ; encore faut-il mettre en balance les inconvénients d'une laparotomie peu étendue, pour réaliser une technique simple

(colpo-cysto-hystéropexie), avec les risques d'une opération périnéale antérieure complexe parfois hémorragique. Les contre-indications à une voie abdominale tiennent en fait surtout à un danger respiratoire per et post-opératoire qu'un bilan cardio-pulmonaire soigneux doit toujours permettre de prévoir.

c - Les contre-indications, d'ordre local, à une ouverture péritonéale restent de loin les plus importantes.

Les laparotomies multiples avec résection digestive laissant prévoir des libérations malaisées d'adhérences, un abord difficile du petit bassin, peuvent faire reculer. En fait, on ignore toujours l'état anatomique exact.

Un passé infectieux par contre mérite d'être considéré comme contre-indication. Une péritonite, surtout les pelvi-péritonites génitales, les salpingites aigues, les pyo-salpynx, les infections du post-partum ou du post-abortum, la tuberculose génitale ou péritonéale doivent faire renoncer à la méthode, même si les antécédents sont anciens et leur évolution limitée. L'ouverture per-opératoire d'espaces septiques est un risque grave qu'il vaut mieux ne pas courir. De même à notre avis, une faute d'asepsie malencontreuse durant l'opération (nous pensons surtout à une blessure digestive) doit faire renoncer à poursuivre l'intervention.

d - Enfin du point de vue rachidien, seule une arthrose vertébrale importante ou localisée à la charnière lombo-sacrée peut constituer une contre-indication.

II/ - INDICATIONS EN FONCTION DU PROLAPSUS :

Parmi les malades, chez lesquelles l'indication opératoire est formelle et qui ne présentent aucune contre-indication tant à la laparotomie qu'à la fixation au promontoire, les indications se discutent en fonction de l'anatomie pathologique.

a - En règle générale, les techniques que nous proposons, s'adressent aux prolapsus comportant une colpocèle antérieure ; qu'il s'agisse d'une cystocèle pure ou d'une uréthro-cystocèle avec ou sans incontinence urinaire. Mais elles ne visent qu'à soutenir la vessie en association avec une périnéorraphie postérieure et une promonto-fixation génitale éventuelles. Cependant, elles permettent de traiter dans le même temps l'incontinence urinaire ; quand elle existe; elles sont compatibles avec la cure d'une élytrocèle ou d'une rectocèle.

b - Dans les colpocèles antérieures, si le vagin peut être supprimé, une intervention type ROUHIER est légitime et la voie haute ne mérite pas d'être proposée. Encore faut-il qu'il existe une ptose utérine pour que l'ablation par voie vaginale en soit possible.

c - Le plus souvent néanmoins, la perméabilité vaginale doit être maintenue, dès lors les méthodes par voie abdominale que nous décrivons entrent en concurrence avec :

1 - les corporraphies antérieures plus ou moins renforcées. Nous les rejetons le plus souvent, considérant qu'elles font confiance à des tissus défaillants, ou qu'elles n'assurent pas de points d'appui résistants et que de toute manière elles ne recréent pas une position normale des viscères,

2 - Les interpositions de hamacs sous-vésicaux par voie mixte, mais elles nécessitent un temps septique avec son risque rachidien que nous cherchons à éviter. Par ailleurs, elles obligent à utiliser la peau qui ne nous paraît pas le meilleur matériel,

3 - Les interpositions vésico-vaginales de l'utérus réalisées par voie abdominale pure ; nous les avons volontairement écartées de ce travail, mais elles conservent peut-être quelques indications.

4 - Les interpositions de l'utérus, type WERTHEIM SCHAUTA, dont le résultat anatomique est voisin, dont la réalisation par voie basse exclusive est séduisante. Cependant, de telles techniques ne peuvent être envisagées en principe qu'en présence d'un utérus ni trop petit, ni trop gros, ni déjà amarré en avant et chez des femmes ayant renoncé à toute maternité. Enfin, et surtout, l'isthme utérin doit être parfaitement fixé vers l'arrière.

A - Chez les malades répondant à de tels critères, la décision entre voie abdominale pure et interposition de l'utérus par voie basse est fonction de préférences personnelles ; bien que l'éventualité d'une incontinence urinaire obligeant à prévoir associé au WERTHEIM SCHAUTA un temps spécial, puisse faire pencher pour la première.

B - Dans les cas où il existe une contre-indication à l'interposition sous-vésicale de l'utérus (et ils sont nombreux), les techniques qui viennent d'être décrites nous paraissent particulièrement indiquées. Encore faut-il distinguer :

- Des indications électives,

- Cystocèle avec incontinence que celle-ci soit réelle ou seulement potentielle (prévue par le colpo-cystogramme) mais risquant de se démasquer dans les suites d'une intervention plus classique,
- Cystocèle avec hystérocèle quelle qu'en soit l'importance,
- L'ensemble souvent associé, réalisant au maximum un prolapsus total antérieur extériorisé.

- Des indications relatives :

- Uréthrocystocèles isolées sans incontinence sans hystérocèle manifeste. Elles sont justiciables d'une voie abdominale dès qu'elles ont une certaine importance.

3/ - INDICATIONS RESPECTIVES DES DIVERSES INTERVENTIONS PAR VOIE ABDOMINALE :

a - Grossièrement on peut les déduire du chapître précédent. Dans les indications électives, interposition vésico-vaginale d'une prothèse en hamac ; dans les indications relatives, techniques plus modérées.

b - En essayant de détailler, on peut proposer comme indications :

- Aux cysto-colpo-hystéropexies simples :

= Uréthro-cystocèle modérée avec discrète hystérocèle sans troubles urinaires. C'est dire que ces cas sont à la limite de l'indication opératoire et ne concernent que des femmes jeunes très actives et manifestement gênées par leur ptose.

= A l'opposé, hystérocèle importante, avec cystocèle modeste chez des femmes âgées continentes. L'interposition de plastie sous-vésicale paraît disproportionnée. On craint qu'une simple promonto-fixation de l'isthme ne mette pas à l'abri de récidives. C'est là encore, une éventuelité rare.

- Aux Cysto-colpo-hystéropexies par prothèse :

= Toutes les uréthro-cystocèles sans troubles uninaires théoriquement. L'association à une suspension uréthrale permet en fait d'en étendre les indications aux malades incontinentes.

= Nous pensons que l'indication peut en être élargie à toutes les malades qui théoriquement mériteraiant une interposition en hamac lorsque celle-ci est rendue impossible par la disposition anatomique des veines du Retzius.

= L'absence d'incident per-opératoire, la brièveté du temps abdominal permet d'en étendre les indications à des femmes d'âge avancé.

- Aux interpositions vésico-vaginales en hamac :

= Toute colpocèle antérieure extériorisée à la vulve avec ou sans troubles urinaires. La possibilité d'incidents hémorragiques, la relative durée du temps abdominal doivent faire réserver ces méthodes à des femmes d'âge moyen et exemptes de tares vasculaires. Par ailleurs, la complexité technique, l'existence de difficultés anatomiques, ne permettent pas de préconiser ces interpositions en hamac comme opération de routine.

4/ - STATISTIQUE COMPARATIVE :

Pour donner une idée de l'importance respective des diverses indications, voici la liste des interventions pratiquées sur 140 prolapsus traités dans le service de notre Maître le Professeur J. HUGUIER par les mêmes opérateurs durant la même période.

Alors que 38 malades étaient opérées par voie abdominale pure :

- 2 Cysto-Colpo-Hystéropexies simples,
- 4 Cysto-Colpo-Hystéropexies par prothèse,
- 32 Interpositions en hamac sous-vésical.

Nous pouvons noter :

- Opérations type ROUHIER 23,
- WERTHEIM-SCHAUTA 14
- Voies basses diverses 15
- Promonto-fixation avec périnée postérieur . 12
- Cure d'incontinence avec périnée postérieur 12
- Hamac sous-vésical par voie mixte 17
- Diverses 9

C O N C L U S I O N S

1/ - Le traitement de la cystocèle, temps antérieur des techniques classiques reste toujours considéré comme le plus aléatoire dans la cure des prolapsus génitaux. La persistance d'un point faible en avant du périnée postérieur constitue, dans les cas où la perméabilité vaginale doit être maintenue, une brèche dans laquelle la vessie aura toujours tendance à s'engager. Le soutènement à ce niveau pour être stable ne peut être assuré que par des tissus solides prenant des points d'appui résistants. Pour être le plus anatomique possible, il doit être réalisé par voie haute.

2/ - Pour aboutir à ce résultat, nous proposons trois types d'intervention avec quelques variantes techniques. Elles n'ont pour but que de s'opposer à la poussée abdominale en avant d'un périnée postérieur correctement reconstitué . La suspension directe du tractus génital doit leur être associée à la moindre amorce d'hystérocèle. Ce sont :

- la cysto-colpo-hystéropexie simple,
- la cysto-colpo-hystéropexie par prothèse,
- l'interposition vésico-vaginale d'une prothèse de soutènement vésical.

3/ - Ces techniques, qui s'adressent aussi bien aux prolapsus après hytérectomie, permettent en outre de traiter l'incon-

tinence urinaire si fréquente dans les colpocèles antérieures. Outre la qualité du soutènement vésical, leur deuxième intérêt majeur, réside dans le recours à la voie abdominale qui permet une remise en place plus anatomique des viscères ; cette voie abdominale pure excluant par ailleurs le risque septique que comporte la mise en place d'une prothèse par voie vaginale.

4/ - Ces différentes opérations furent pratiquées au cours des 5 dernières années chez 70 malades avec des indications que nous précisons. Faites avec minutie et douceur, elles ne soulèvent aucune difficulté technique majeure. Les incidents opératoires, s'ils existent, sont minimes et facilement contrôlables. Les suites opératoires, compte tenu du type de malade et de l'affection traitée, sont dans l'ensemble simples. Le risque septique au niveau de la fixation rachidienne a été évité dans tous les cas, moyennant une scrupuleuse aseptie.

5/ - Les résultats à court et moyen termes que nous avons pu étudier chez 51 malades montrent que le but de soutènement vésical est atteint pratiquement dans tous les cas si la technique est suivie régulièrement. Avec la même réserve les résultats urinaires sont aussi satisfaisants que ceux des autres techniques visant à guérir une incontinence orthostatique d'urine .

6/ - L'examen des résultats à longue échéance, aujourd'hui réduit à trop peu de cas, nous fixera sur la valeur réelle de la méthode. Mais d'ores et déjà elle apparaît comme un moyen très efficace de résoudre le difficile problème de la colpocèle antérieure.

Vu, le Président de Thèse :
Pr J. HUGUIER.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Pr G. CORDIER.

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE.

B I B L I O G R A P H I E

1 - AMELINE A., HUGUIER J., SCALI P. : Présentation de documents et de films sur le prolapsus après hystérectomie - Mémoires de l'Académie de Chirurgie - 1957, 83, 757.

2 - BETHOUX A., BORY S., HUGUIER M. : La vessie-contrainte de l'incontinence d'effort - Gynécologie et Obstétrique - 1964, 63,593.

3 - BRET J., BARDIAUX M. : A propos de la promonto-fixation (Opération d'Ameline et Huguier) - Revue du Praticien - 1964, XIV, 29, 3645.

4 - CAMPBELL : Stress Incontinence - Urology - 2ème édition, p. 2140.

5 - CERBONNET G., LOYGUE J. : Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux - Annales de Chirurgie, 1965, 19, 214.

6 - CIBERT J., PERRIN J. : Traitement de l'incontinence d'urine orthostatique - Urologie chirurgicale, Edition 1958, 396.

7 - COLDEFY J.M?, BRUNET M., FOURCADE O., BILDER A. : Soutènement total d'un double prolapsus utéro-vaginal et rectal par hamac tendu du promontoire au pubis - Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1963, 89, 536.

8 - COURRIADES : Cure des Grandes Cystocèles par voie combinée - Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1953, 79, 426.

9 - DURFEE : The anterior vaginal suspension Operation - Report of 110 cas - American Journal of Obstétrics and Gynecology - 1949, 78, 628.

10 - GALLO D. : Méthodes d'urétrocystopexie - Comptes-Rendus de la Société Française de Gynécologie - 1960, 30, 635.

11 - GIBSON G.M. : The repair of genital prolapse - American Journal of Obstetrics and gynecology - 1959, 78, 1275.

12 - GOIDIN, FOUSSIER, SERRA : Interposition d'une plaque de nylon pour cure des Colpocèles antérieures et des Cystocèles - Presse Médicale, 1954, 62, 1146.

13 - GOINARD, PELISSIER : Plastie cutanée pour cystocèle - Afrique Française Chirurgicale, 1955, 13, 335.

14 - GOSSELIN, AMELINE A., HUGUIER J. : Les prolapsus après hystérectomie - 17ème Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française - 1957, 9, 253.

15 - HUGUIER J. : Statique anatomo-physiologique du pelvis et cure des prolapsus vaginaux - Concours Médical 1951, 1567.

16 - HUGUIER J. : Pathogénie et formes anatomo-cliniques des prolapsus vaginaux - Revue du Praticien, 1958, VIII, 10, 1039.

17 - HUGUIER J., SCALI P. : La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus - Presse Médicale, 1958, 66, 781.

18 - HUGUIER J. : Soutènement de la vessie en hamac dans la cure de certains prolapsus - Journal de Chirurgie - 1958, 76, 84.

19 - JONARD K. : De la cure des grandes cystocèles vaginales - Thèse - Paris 1933.

20 - LANGUEPIN, RETTORI, EPFELBAUM : Spondylodiscite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital - Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1963, 89, 245.

21 - LOYGUE J. : A propos des spondylodiscites graves après fixation du col utérin au promontoire - Mémoires de l'Académie de Chirurgie - 1963, 89, 405.

22 - MAC LAREN : Fascial Slings for Stress incontinence - The Journal of Obstetrics and Gynecology of the Britisch Empire - 1957, 64.

23 - MARION G. : De la cure de grandes cystocèles vaginales - Traité d'Urologie, 4ème Edition, 1175.

24 - MARTIN M.E. : Considérations sur le traitement de la cystocèle vaginale - Maroc Médical - 1953, 25, 332.

25 - MERGER R. Traitement des prolapsus génitaux. Masson 1964

26 - MICHON L., MICHON G. : La suture séparée de la musculeuse vésicale isolée de la muqueuse dans la cure des cystocèles - Journal d'Urologie - 1953, 59, 807.

27 - MOORE, ARMSTRONG : The use of tantalum Mesh in cystocele with critical report of 10 cas - American Journal of Obstetrics and Gynecology - 1955, 69, 1127.

28 - MOSTYN B. : An abdominal sling operation for the repair of enterocele and vault prolapse - Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth - 1961, 68, 471.

29 - PATEL J., DUBOST Ch. : Quelques remarques sur le traitement des grandes cystocèles isolées - Presse Médicale, 1945, 53, 241.

30 - PATOIR G. : A propos du temps antérieur des périnéorraphies - Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française - 1957, 9, 354.

31 - QUENU - Traité de Technique chirurgicale.,2ème Edition.

32 - RAVINA J.H. : Prévention et traitement du prolapsus du dôme vaginal - Presse médicale - 1961, 69, 1690.

33 - RENE L., LORD G. : Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo-sacré - Mémoires de l'Académie de Chirurgie - 1963, 89, 249.

34 - ROBERT H.G., BOURY-HEYLER C. : Les prolapsus après hystérectomie - A propos de 26 observations personnelles - Annales de Chirurgie - 1964, 18, 1072.

35 - ROGNON L.M. : A propos du traitement des cystocèles - Presse Médicale, 1955, 63, 651.

36 - ROMAN C. : Récidives des prolapsus après intervention - Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1960, 55, 635.

37 - SAVA : Hystéropexie par bandelette musculo-aponévrotique à pédicule supérieur dans le prolapsus total avec cinq variantes - Comptes-Rendus de la Société Française de Gynécologie - 1956, 26, 295.

38 - SCHLOGEL G. : Les prolapsus génitaux : étude clinique et proposition de tactique opératoire (d'après 316 dossiers) - Thèse, Paris 1963.

39 - SHIRODKAR : Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus et nouvelles techniques opératoires pour le traitement des prolapsus utérins - Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique - 1954, 49, 332.

40 - SICARD A., COUDERC M. : Spondylodiscite grave après fixation du col utérin au promontoire - Mémoires de l'Académie de Chirurgie - 1963, 89, 258.

41 - SICARD A. : A propos des spondylodiscites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital - Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1963, 89, 304.

42 - SIMMONS S.C., WATSON-BAKER M.R. : Investigation og the renal tract following repair operations - The Journal of Obstetrics and Gynecology of the Britisch Commonwealth - 1963, 70, 968.

43 - SPEIRS B.E. : The abdominal approach for repair of a cystocèle - Surgery Gynecology Obstetrics, 1956, 102, 245.

44 - SUREAU C., RAVINA J.H. : Technique chirurgicale en images : Prolapsus génitaux - Presse médicale - 1965, 73, 357.

45 - TOUPET A. : A propos des spondylodiscites après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital - Mémoires de l'Académie de Chirurgie - 1963, 89, 278.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
Ch. I - JUSTIFICATION DES TECHNIQUES PROPOSEES ..	2
Ch. II - DESCRIPTION DES TECHNIQUES	9
Ch. III - APPLICATION DES TECHNIQUES A 70 CAS	32
Ch. IV - INCIDENTS ET ACCIDENTS PER ET POST-OPERATOIRES OBSERVES	51
Ch. V - RESULTATS OBSERVES	66
Ch. VI - ESSAI D'INDICATIONS	88
CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	96

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
– PARIS V° –
ODÉ 58-90